



HAL
open science

Les "diagnostics scolaires": symptôme d'un changement de paradigme éducatif?: variété des jeux de langage, idéologies noosphériennes et enjeux des politiques éducatives

Cécile Charazas

► To cite this version:

Cécile Charazas. Les "diagnostics scolaires": symptôme d'un changement de paradigme éducatif?: variété des jeux de langage, idéologies noosphériennes et enjeux des politiques éducatives. Education. Université de Bordeaux, 2023. Français. NNT : 2023BORD0176 . tel-04267881

HAL Id: tel-04267881

<https://theses.hal.science/tel-04267881v1>

Submitted on 2 Nov 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE PRÉSENTÉE
POUR OBTENIR LE GRADE DE

**DOCTEUR DE
L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX**

ÉCOLE DOCTORALE SOCIÉTÉS, POLITIQUE, SANTÉ PUBLIQUE
SCIENCES DE L'ÉDUCATION

**LES « DIAGNOSTICS SCOLAIRES » : SYMPTÔME D'UN
CHANGEMENT DE PARADIGME ÉDUCATIF ?**

**Variété des jeux de langage, idéologies noosphériennes et enjeux des
politiques éducatives**

Par : Cécile CHARAZAS

Sous la direction de Monsieur le Professeur Bernard SARRAZY

Soutenue le 3 juillet 2023

Membres du jury :

M. François GONON, Directeur de recherche émérite, Université de Bordeaux, *Président*

M. Stéphane BONNÉRY, Professeur des universités, Université Paris 8, *Rapporteur*

M. Sébastien PONNOU-DELAFFON, Maître de conférences HDR, Université de Rouen
Normandie, *Rapporteur*

Mme Marthe-Aline JUTAND, Maîtresse de conférences, Université de Bordeaux, *Examinatrice*

Mme Florence SAVOURNIN, Maîtresse de conférences, Université de Toulouse, *Examinatrice*

M. Bernard SARRAZY, Professeur des universités, Université de Bordeaux, *Directeur de thèse*

À mon unique et merveilleuse.

REMERCIEMENTS

Cette thèse n'aurait jamais vu le jour sans mon directeur de thèse Bernard Sarrazy, que je remercie pour sa reconnaissance, sa présence et son art de souffler sur les braises.

Je remercie Stéphane Bonnéry d'avoir accepté d'être rapporteur, et dont les travaux ont contribué à nourrir ce travail de recherche.

Je remercie Sébastien Ponnou d'avoir accepté d'être rapporteur, mais aussi pour nos échanges et le partage de ses connaissances.

Je remercie François Gonon d'avoir accepté d'être examinateur, et pour avoir répondu positivement à ma demande de rencontre au cours de cette thèse, permettant des discussions riches et constructives.

Je remercie Marthe-Aline Jutand d'avoir accepté d'être examinatrice, mais aussi pour sa disponibilité constante et son extraordinaire patience, qui m'a permis de trouver quelques réponses à mes questions les plus incongrues.

Je remercie Florence Savournin d'avoir accepté d'être examinatrice, et dont les recherches ont servi l'analyse de mes données.

Je remercie Marie-Pierre Chopin et Nicolas Sévenet pour leur implication, leur écoute et leurs questions qui m'amenaient à décaler mon regard.

Je remercie Marianick Pichon qui – à son insu sans doute – a nourri mon goût pour une recherche intègre et vivante durant mon Master.

J'adresse un remerciement chaleureux et appuyé à l'ensemble des personnes qui ont bien voulu répondre à mon enquête, qui m'ont ouvert les portes de leur quotidien de travail et livré leurs perceptions et expériences.

Je remercie vivement Claire G. : sans son soutien appuyé, je n'aurais pas pu ni reprendre mes études ni parvenir au terme de ce long parcours de recherche. Je remercie chaleureusement mes collègues de travail, qui m'ont soutenue dès mon entrée en Master, et qui, sans toujours s'en rendre compte, n'ont eu de cesse que d'accompagner le cheminement de mes réflexions.

Je remercie ma famille : ma sœur Claire, pour sa présence et son soutien constants, indispensables tout au long de ce parcours. Mon père et sa compagne, pour leur aide et leurs

encouragements. Je remercie toute ma tribu corrézienne qui a su également, même à distance, m'accompagner sur ce chemin tout aussi vallonné que nos horizons limousins.

Merci à mes chères codocotorant·e·s ; Camille, pour ces heures de discussion, d'échanges francs, honnêtes et tellement riches, qui nous ont tant apporté à toutes les deux. Coco, avec toi, j'ai pu trouver la liberté de questionner tous les aspects de la recherche, jusqu'aux plus invisibles (qui ne sont pas les moins agissants). Delphine, merci pour ces joyeux moments de partage lorsque le doute se faisait trop prégnant. Manu, pour tes coups de pouce de dernière minute, véritablement appréciables.

Je remercie vivement toutes mes amies ; Laura et Alice, ou notre trio indivisible, pour ce lieu sûr et propice à débattre et confronter mes idées à vos regards extérieurs, si précieux dans le travail d'immersion qu'exige la recherche.

Barbara, pour ton soutien constant et nos discussions animées et amicales.

Chine, pour ton regard critique qui m'a incitée à la prudence, et pour tes messages encourageants qui m'ont soutenue tout le long de ce travail.

Sandy, pour tes belles lettres, et ta manière attentionnée d'être présente, même à distance.

Fany, pour tous ces moments si précieux passés ensemble, et pour ton art apaisant de raconter des histoires merveilleuses.

Karine, pour nos digressions littéraires et poétiques, urbaines et campagnardes ; et pour être restée près de moi, à mi-gué, écoutant et ponctuant mes élucubrations.

Sophie et Alice, mes camarades rencontrées sur les bancs de l'université, vous qui avez cru à ce projet bien avant moi ; et qui m'avez écoutée et encouragée. Nos échanges m'ont ouvert de nombreuses perspectives lorsque j'avais la sensation d'être dans l'impasse.

Amélie, Anna, Cécile, Estelle, Marie-Christine, Pauline, Solenne et Stéphanie, mes chères amies qui avez répondu présentes à chaque fois que je vous ai sollicitées.

Adrien, Monique et Patrick, Pierrette ainsi que Rémi : même à l'autre bout de la France, et souvent sans le savoir, vous avez été à la fois la mémoire et le soutien durant ce travail de longue haleine.

Enfin, j'adresse un merci tout particulier à Mme L.

SOMMAIRE

Remerciements	5
Sommaire	8
Avant-propos	13
Introduction générale	14
Chapitre 1. Le décrochage scolaire n'existe pas	19
1.1. « Il faut réduire le décrochage scolaire ».....	19
1.1.1. Le décrochage, objet de politiques publiques	19
1.1.2. Le décrochage est-il descriptible et quantifiable ?.....	28
1.1.3. Un objet porteur d'enjeux socioéconomiques.....	35
1.1.4. Synthèse	39
1.2. Le décrochage, « phénomène » hétérogène et insaisissable.....	40
1.2.1. Cadre méthodologique et description du terrain	40
1.2.2. Résultats des enquêtes exploratoires.....	47
1.2.3. Résultats de l'enquête par questionnaire.....	59
1.3. Conclusion et ouverture.....	65
Chapitre 2. Définitions et fragilités des diagnostics scolaires	69
2.1. Définitions et critères diagnostiques	70
2.1.1. Le refus scolaire anxieux	70
2.1.2. Les troubles spécifiques des apprentissages et le trouble développemental de la coordination	71
2.1.3. Le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH).....	74
2.1.4. Le haut potentiel intellectuel.....	76
2.1.5. Synthèse	77
2.2. Les discours scientifiques dominants	78

2.2.1. Le discours sur les troubles du neurodéveloppement	80
2.2.2. Le discours sur le haut potentiel intellectuel.....	85
2.2.3. Le discours sur le refus scolaire anxieux	89
2.2.4. Synthèse	93
2.3. Insuffisance et fragilités des catégories diagnostiques	93
2.3.1. Les prévalences et leur grande variabilité.....	94
2.3.2. Comorbidités et ressemblances des diagnostics.....	100
2.3.3. Les notions de plasticité cérébrale, d'épigénétique et d'environnement..	104
2.4. Synthèse générale	109
Chapitre 3. Les diagnostics scolaires comme problèmes de santé publique et objets des politiques publiques éducatives.....	111
3.1. Un problème de santé publique appelant les recommandations des autorités sanitaires.....	111
3.1.1. La construction des diagnostics scolaires comme problème de santé publique.....	112
3.1.2. Les recommandations de repérage précoce des troubles	118
3.1.3. Les recommandations de remédiations	125
3.1.4. Synthèse	128
3.2. L'établissement des diagnostics scolaires dans les textes officiels (ou l'école comme institution centrale de repérage et de remédiation)	129
3.2.1. Le paradigme de l'inclusion scolaire et de la réussite de tous les élèves.....	130
3.2.2. L'imposition des diagnostics scolaires dans les textes officiels et l'inflation des dispositifs individualisants	136
3.2.3. Entre besoins éducatifs particuliers et situations de handicap	141
3.2.4. Synthèse	144

3.3. L'amplification du repérage et des remédiations depuis la fin des années 2010.....	145
3.3.1. Le développement de la science au service de l'éducation.....	145
3.3.2. L'accélération du repérage au sein de l'école	151
3.4. Synthèse et discussion	154
Chapitre 4. Méthodologie : observation ethnographique et parole des acteurs.....	159
4.1. Problématisation et hypothèse de recherche.....	159
4.2. Enquête par entretien	161
4.3. Carnet d'observation ethnographique.....	164
Chapitre 5. Résultats de l'enquête par entretien	171
5.1. Hétérogénéité et positions des acteurs.....	171
5.1.1. Hétérogénéité des définitions.....	171
5.1.2. Hétérogénéité des usages et positions dans le champ	183
5.2. Effets des désignations	191
5.2.1. Les effets performatifs du discours médico-psychologique	192
5.2.2. Étiquetage et mise en conformité.....	196
5.3. Synthèse.....	203
Chapitre 6. Tentative d'objectivation des causes endogènes et du lien avec les positions des acteurs.....	205
6.1. L'investissement des causes endogènes	205
6.1.1. L'attribution causale révélatrice d'hétérogénéité.....	205
6.1.2. La domination d'un discours endogène	210
6.2. Singularités des définitions et similitudes des diagnostics.....	220
6.2.1. Liaison avec les positions et Arrière-plans des acteurs	220
6.2.2. L'analogie structurelle des diagnostics scolaires	226
6.3. Synthèse.....	231

Chapitre 7. Sociodicée et changement de paradigme.....	233
7.1. Les effets de l'invisibilisation des dimensions sociale et collective	233
7.1.1. De nouvelles formes de sociodicée ?	234
7.1.2. Conversion des difficultés scolaires en diagnostics et postures fatalistes.....	246
7.1.3. Médicalisation des difficultés : vers un dessaisissement pédagogique.....	251
7.1.4. Synthèse	258
7.2. Les diagnostics scolaires, indices d'un changement de paradigme éducatif.....	260
7.2.1. Le rôle de l'école selon les acteurs enquêtés	260
7.2.2. Changement de paradigme éducatif.....	268
7.3. Synthèse et discussion	278
Conclusion générale.....	280
Bibliographie et références	289
Bibliographie	289
Références des textes officiels.....	316
Annexes.....	324
Table des matières	371
Index des tableaux et figures	376
Table des sigles et abréviations.....	378
Résumé et mots-clés.....	Erreur ! Signet non défini.

AVANT-PROPOS

Je suis infirmière depuis 2010, j'ai toujours exercé auprès de la population adolescente, d'abord en psychiatrie puis, à partir de 2013, dans une association médico-sociale à rayonnement départemental. Cet exercice me donnait l'occasion d'avoir affaire à des professionnels des champs scolaire, social (notamment la protection de l'enfance et l'éducation spécialisée et de prévention), sanitaire (somatique et psychiatrique) et parfois juridique. C'est donc en grande partie par ma pratique professionnelle que j'ai pu me familiariser avec toute une série de dispositifs et de projets pour réduire le décrochage scolaire. Les entretiens que je menais avec les adolescents et leurs parents, m'ont aussi donné une visibilité sur l'étonnante diversité des formes de ce « phénomène », ainsi que, dans la continuité de ma recherche, sur les différents troubles dont traite cette thèse. Cette double position, de professionnelle et de doctorante, a enrichi cette recherche. Le point de vue du chercheur n'est jamais panoptique, et il s'agit toujours de le resituer au sein même du jeu qu'il est en train d'observer :

C'est pourtant à condition d'appréhender le jeu en tant que tel, avec les enjeux, les règles ou les régularités qui lui sont propres, les investissements spécifiques qui s'y engendrent et les intérêts qui s'y assouvissent, qu'il peut simultanément s'en dégager par et pour la distance constitutive de la représentation théorique et s'y découvrir engagé, à une place déterminée, avec des enjeux et des investissements déterminés et déterminants. [...] l'objectivation est vouée à rester *partielle*, donc fautive, aussi longtemps qu'elle ignore ou refuse de voir le point de vue à partir duquel elle s'énonce, donc le jeu dans son ensemble. (Bourdieu, 1982 : 22)

Ma pratique professionnelle a ainsi facilité – par une certaine familiarité, et par une immersion quotidienne – l'approche de mes différents objets de recherche. Elle constitue l'arrière-plan de ma posture de recherche et d'objectivation des faits que j'ai pu observer.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

« Je décroche. Enfin, c'est ce que disent mes parents et les profs. Mais moi, juste j'ai plus envie d'aller au collège. Rester assis huit heures, là, c'est pas pour moi. Je m'ennuie, ça m'énerve. »

« Elle a déclenché une phobie scolaire, on n'a rien vu venir. Du jour au lendemain, impossible de l'amener jusqu'à l'école. Elle s'accroche à nos jambes, elle vomit tous les matins, elle pleure beaucoup. »

« C'est un zèbre. Vous savez, il est précoce. On l'a fait tester sur les conseils de sa prof de français, elle était vachement impressionnée par son intelligence, mais il allait trop vite pour arriver à bien répondre aux questions. »

« Je suis dyslexique, je l'ai toujours été. Il faut que j'aille voir une orthophoniste, deux fois par semaine. Elle est gentille, mais mes notes elles remontent pas, alors ça énerve mes parents. »

Ce florilège de déclarations est issu des entretiens que nous avons l'habitude de mener au sein d'une association médico-sociale où nous avons exercé en qualité d'infirmière pendant huit ans. Nous y recevions des adolescents et leurs parents. La majorité du temps, ils franchissaient la porte en raison de difficultés telles qu'un absentéisme prolongé, des conflits avec leurs professeurs ou avec leurs pairs, des notes en chute libre, un mal-être diffus ou plus aigu, etc. Au sein des établissements scolaires, ces diagnostics sont en pleine expansion, et les enseignants comme l'ensemble du personnel éducatif sont bien obligés de se familiariser avec. Cette thèse vise à explorer les nouvelles désignations de ces formes de déviance à la norme scolaire, dans une perspective anthropologique et interactionniste. Contrevenir à la norme scolaire est un phénomène ancien, il existe depuis les débuts de l'école républicaine. L'avènement de l'école gratuite, laïque et obligatoire, en 1882, amène pour la première fois les enfants des classes défavorisées sur ses bancs. C'est dans ce contexte, au début du XXe siècle, qu'émerge l'approche psychométrique, départageant du corps des écoliers les « anormaux d'école »¹, par le biais de l'échelle métrique d'intelligence (Binet et Simon, 1908), aujourd'hui remplacée par le test de quotient intellectuel ou de WISC². Ce partage entre différentes catégories d'élèves aboutit en 1909 à la création de classes de perfectionnement dédiées à accueillir les enfants en retard – ou susceptibles de l'être – par rapport à leurs camarades (Morel, 2014 : 25). Nous voyons ainsi émerger les premières orientations hors du socle d'enseignement commun à tous, base fondamentale de

¹ Ainsi que des « anormaux d'asile » qui étaient, eux, confiés à la psychiatrie.

² *Wechsler Intelligence Scale for Children* : échelle de Wechsler destinée aux enfants et adolescents.

l'école républicaine, dans une idée d'accompagner différemment les élèves qui apprendraient moins vite ou moins bien ; autrement dit, qui dévieraient de la norme scolaire. La question sociale entre en jeu dans ces problématiques seulement après la Seconde Guerre mondiale, suivant la massification scolaire et les enjeux sociaux qu'elle laisse apparaître. Le « retard scolaire » comme résultat du développement de l'enfant ne fait alors plus foi et s'hybride à l'expression « échec scolaire » (Plaisance, 1989 ; Roiné, 2009). Le plan Langevin-Wallon, élaboré dans l'immédiat après-guerre, traduit cette prise de conscience sociale, avec l'idée d'une école démocratique assurant l'égalité des chances et la formation de tous les futurs citoyens sur une base commune. Ce plan crée la profession de psychologue scolaire, avec l'idée d'une qualification à la fois psychologique et pédagogique, afin d'aider les élèves dans leur orientation. Les effectifs ne cessent de croître, les connaissances de la société aussi, ce qui conduit au passage de l'obligation d'instruction de 14 à 16 ans en 1959 par la réforme Berthoin (article L131-1 du Code de l'éducation). En conséquence, c'est à la fin des années 1960 que l'« échec scolaire » s'impose comme un problème collectif, éminemment politique, accompagné et sous-tendu par la question des inégalités scolaires. L'impact de l'origine sociale sur les trajectoires scolaires a été mis en exergue dès les années 1960, avec l'initiation d'enquêtes longitudinales menées par l'INED³ et l'OCDE⁴ (Roiné, *ibid.* : 20). Ces enquêtes entraînent dans leur sillage l'idée d'une école insuffisamment démocratique, inapte à offrir une égalité des chances à tous les élèves, quels que soient leur milieu social, leur secteur géographique et leur sexe. De nombreux travaux en sciences humaines tentèrent d'éclairer ce constat. Pour n'en citer que trois majeurs, Bernstein relia les catégories sociales à la réussite scolaire, sur la base de la théorie des codes linguistiques (Bernstein, 1973, 1977), il fut ainsi le premier à faire le lien entre ces trois éléments. De son côté, Boudon développa la théorie de l'individualisme méthodologique en expliquant les inégalités comme le résultat de choix rationnels opérés par les individus. Ces derniers, selon lui, effectuent des choix en fonction du coût, du bénéfice et du risque qu'ils évaluent dans une situation donnée (Boudon, 1973), ce qui conduirait les plus démunis à s'autoexclure du système. Bourdieu et Passeron, quant à eux, analysèrent le phénomène au travers du modèle structuro-fonctionnaliste, soutenant que la structuration de l'institution détermine des hiérarchies sur la base d'arbitraires culturels. Les inégalités scolaires ne sont donc pas le fruit

³ Institut National d'Études Démographiques.

⁴ Organisation de Coopération et de Développement Économique.

de décisions prises individuellement, puisque selon ces deux auteurs, les sujets et leurs manières d'être, de penser et d'agir sont, pour une part, déterminées par leur histoire au sein d'une structure sociale (Bourdieu et Passeron, 1964, 1970).

C'est à partir des années 1990 que l'approche médicale de l'échec scolaire s'est renforcée et imposée, avec divers diagnostics (dyslexie, hyperactivité, précocité intellectuelle, etc.), de plus en plus mobilisés pour expliquer et traiter l'échec scolaire. À cette médicalisation s'est allée une disqualification des explications sociales du phénomène :

« les critiques de l'organicisme par les sciences humaines et sociales [...] ont été progressivement disqualifiées comme des prises de positions idéologiques moralement blâmables car indifférentes aux « besoins spécifiques » de certains élèves en grande difficulté scolaire et scientifiquement rétrogrades car refusant d'assimiler les « progrès de la science », désormais situés du côté des neurosciences cognitives. » (Morel, 2014 : 54)

Suivant cette logique, on assiste à une « *explosion démographique des professions paramédicales dont l'activité est liée aux questions scolaires (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes)* » (*ibid.* : 27). Nous observons que la sémantique nous amène à considérer les phénomènes de différentes manières. Ainsi, l'expression « élèves en difficulté », pouvant recouvrir une pluralité de cas de figure, est-elle moins déterministe que l'« échec scolaire », qui est quant à lui bien moins équivoque. Notons que le terme d'échec amène avec lui une « *dramatisation de la crise de l'école* », permettant de justifier et légitimer des réformes politiques (*id.* : 56). Le décrochage semble procéder de la même « grammaire » que l'échec, tout à la fois en focalisant sur les causes propres à l'individu, et légitimant, en creux, l'action politique. Les terminologies médicalisées (dyslexie, hyperactivité, phobie scolaire, etc.) charrient avec elles la notion d'un trouble, voire d'une pathologie, à prendre au sérieux et à traiter de manière spécifique. C'est cet aspect des diagnostics, entre autres, que nous analyserons dans le corps de ce travail.

Les deux dimensions que nous pouvons retenir de ce rapide historique sont, premièrement, celle du rapport à la norme, dans le contexte d'une institution scolaire dispensant des savoirs reconnus comme légitimes. Nous y retrouvons le caractère isotopique du pouvoir disciplinaire théorisé par Foucault : le classement des élèves selon leurs capacités implique un « *résidu* », irréductible (Foucault *et al.*, 2003 : 55). Selon la manière de définir et de caractériser les élèves déviants à cette norme, divers dispositifs spécialisés sont mis en place. Nous verrons la part du développement de la prise en charge médicalisée, au sein même de

l'école, d'une part de ces élèves. Deuxièmement, quelles que soient l'analyse et l'interprétation faites du phénomène d'échec – sous-tendu par la question des inégalités – ce dernier ne cesse de s'ériger en problème social, auquel le politique tente toujours de trouver des solutions. C'est ainsi dans la continuité de l'échec scolaire que nous avons vu une nouvelle préoccupation apparaître, celle de l'abandon des études, dans le cycle secondaire ou supérieur. Pour désigner cela, un terme a vu le jour, celui de décrochage (scolaire et étudiant). Ce « phénomène » nous a d'abord interrogée en tant que professionnelle. En effet, nous recevions en entretien un grand nombre d'adolescents et de parents d'adolescents dits « décrocheurs », sans qu'aucune de ces situations ne se ressemblent. Et ce, alors que l'ensemble des politiques publiques considèrent ce « phénomène » comme suffisamment homogène pour être quantifiable et réductible. Nous avons donc débuté notre recherche en explorant cette notion polysémique de décrochage, recouvrant des formes et des usages sociaux et professionnels très hétérogènes. Le premier chapitre de ce travail sera consacré à la présentation des résultats de cette étude.

Dans un second temps, après avoir mis en lumière toute la variabilité du « phénomène », et donc l'élasticité du concept de décrochage, nous nous sommes penchée sur les divers « diagnostics scolaires »⁵ qui sont cités comme des causes de décrochage. Ces troubles constituent, selon certains auteurs, l'explication principale de l'échec scolaire (Wahl et Madelin-Mitjavile, 2007), et augmentent de façon significative depuis le début des années 2000 (Morel, 2014).

Deux hypothèses de recherche ont guidé ce travail. Premièrement, nous avons postulé qu'à l'instar du décrochage, ces troubles pouvaient recouvrir des formes très variables, et n'être finalement pas si spécifiques que les nosographies l'affirment. Deuxièmement, nous avons cherché à vérifier si les récurrences, au sein de cette variabilité, étaient liées à la position des différents acteurs dans le champ (Bourdieu, 1997) ainsi qu'à leurs Arrière-plans, au sens scharlien du terme (Searle, 1998).

Pour éprouver ces hypothèses, nous exposerons, dans le second chapitre de cette thèse, les définitions et discours scientifiques dominants autour de ces différents troubles, ainsi que leurs limites, visibles notamment par la variabilité de leurs prévalences et leurs comorbidités

⁵ Troubles dys, trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, refus scolaire anxieux, haut potentiel intellectuel. Nous les détaillerons dans la partie 2., qui y est dédiée.

réciroques. Le troisième chapitre de cette thèse sera dédié aux recommandations produites par les institutions de santé, très en lien avec le discours scientifique dominant. Nous y détaillerons également les politiques publiques éducatives concernant les diagnostics scolaires. Nous pourrions questionner, à l'issue de cette revue, les enjeux politiques et/ou économiques contenus dans l'inflation de ces troubles.

Le quatrième chapitre sera consacré à la présentation de notre méthodologie d'enquête. Nous dédierons le cinquième chapitre à l'analyse des résultats des entretiens avec différents acteurs des champs de l'éducation et du soin (n=46). Dans un sixième chapitre, nous présenterons les résultats issus de notre carnet d'observation ethnographique (n=300). Ces deux derniers chapitres permettront d'objectiver l'hétérogénéité des formes des diagnostics scolaires, sur le terrain, avec toutefois une prééminence de la causalité endogène⁶ attribuée à ces troubles. Nous y examinerons également le lien entre les définitions des troubles et les positions et Arrière-plans des acteurs.

Dans un septième et dernier chapitre, nous proposerons une synthèse de l'approche macroscopique (politique, économique, médiatique et scientifique) et d'une approche plus resserrée et plus fine, à partir de nos résultats d'enquête. Cette mise en regard nous permettra d'argumenter l'intérêt d'une hypothèse d'un changement de paradigme éducatif à l'œuvre depuis une trentaine d'années, et dont les diagnostics scolaires constituent des indices.

En somme, l'enjeu de ce travail est de déplacer le regard porté sur la production de catégories médicalisées pour désigner les difficultés scolaires, en examinant les jeux de langage qui circulent à leur sujet, sur le terrain. Cela nous amènera à interroger les enjeux politiques, idéologiques et économiques, sous-jacents à ces productions catégorielles. Précisons ici que ce sont les mouvements d'étiquetage que nous allons interroger, sans remettre en question ni la souffrance des sujets ni les difficultés pédagogiques rencontrées par les élèves et leurs enseignants.

⁶ C'est-à-dire relevant du sujet et de son intériorité (son cerveau, sa psychologie) et/ou de sa manière d'être en relation avec le monde.

CHAPITRE 1. LE DÉCROCHAGE SCOLAIRE N'EXISTE PAS

Comme nous l'avons mentionné en introduction, le décrochage constitue notre premier objet d'étude, inaugurant notre recherche de thèse en découvrant une multitude de diagnostics scolaires. Dans ce premier chapitre, nous allons synthétiser la démarche de ce travail inaugural, ainsi que ses résultats.

Nous commencerons par une revue de la question, en faisant un tour d'horizon des textes officiels européens et nationaux visant à réduire le décrochage.

Nous exposerons ensuite les résultats de notre enquête, montrant une hétérogénéité étonnante sous un « phénomène » apparemment bien identifié.

Enfin, nous concluons et ouvrons sur les objets de cette recherche de thèse.

1.1. « Il faut réduire le décrochage scolaire »

Nous allons ici décrire les préoccupations et les enjeux du décrochage. Dans un premier temps, nous détaillerons les politiques publiques éducatives mises en place pour réduire ce « phénomène », dans l'enseignement secondaire comme supérieur. Dans un second temps, nous révélerons la fragilité des études statistiques autour du décrochage ; nous interrogerons la possibilité de véritablement le décrire et donc de le quantifier. Dans un troisième et dernier temps, nous verrons que ce « phénomène » porte essentiellement des enjeux économiques, qui sont au principe des multiples légiférations exposées.

1.1.1. *Le décrochage, objet de politiques publiques*

Le décrochage scolaire est officiellement défini, dans un consensus européen, par l'abandon prématuré des études, avant de parvenir à un grade de qualification fixé au niveau 3 (anciennement niveau V). Il s'agit donc d'un abandon scolaire précoce qui concerne les individus âgés de 18 à 24 ans. Le décrochage est perçu et défini comme un « phénomène » quantifiable et donc réductible à l'échelle européenne, depuis le processus de Bologne initié en 1999 et signé par 28 États. En 2000, le Conseil Européen de Lisbonne formalisait l'objectif suivant : « *réduire de moitié, d'ici à 2010, le nombre des personnes de 18 à 24 ans n'ayant accompli que le premier cycle de l'enseignement secondaire et qui ne*

poursuivent pas leurs études ou leur formation » (Parlement Européen, 2000). C'est cette étape, fondamentale, qui a permis le passage de la notion de non-qualification à celle de décrochage, puisqu'on pouvait alors être qualifié sans obtenir de diplôme (Thibert, 2013). Nous retiendrons un objectif essentiel qui est de descendre en dessous du taux de 10 % de décrochage dans la population des 18-24 ans (« *early leavers from education and training* ») à l'échelle européenne. La stratégie Europe 2020, actée lors de la conférence prononcée à Louvain (Bologna Process, 2009), a poursuivi les mêmes objectifs de quantification et réduction du décrochage. Le taux de décrochage est ainsi passé de 14,9 % en 2007 à 10,6 % en 2018 en Europe ; contre 12,8 % en 2007 et 8,8 % en 2016 en France (CNESCO, 2017 : 10 ; Katainen et Thyssen, 2019 : 58-60).

Ces exigences européennes se déclinent à l'échelle nationale. La volonté politique de ne laisser aucun individu sortir du système scolaire sans qualification se fonde d'abord sur l'article 3 de la loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989, avec l'objectif de conduire l'ensemble d'une classe d'âge au minimum au niveau du certificat d'aptitude professionnelle ou du brevet d'études professionnelles, ainsi que 80 % d'une classe d'âge au niveau du baccalauréat ; tout ceci dans les dix années à venir (Présidence de la République française, 1989). Notons qu'à l'époque, le taux de bacheliers était tout juste supérieur à 70 % (DEPP, 2017b : 227). Ainsi, tout élève n'ayant pas atteint un niveau de formation reconnu à l'issue de la scolarité obligatoire doit pouvoir poursuivre des études. La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République (2013) institue le droit au retour en formation initiale sous statut scolaire pour tous les jeunes sortis du système éducatif sans diplôme ou niveau suffisant de qualification (article L122-2). La loi pour une école de la confiance (2019) étend l'obligation de formation à tous les jeunes âgés de 16 à 18 ans (article L114-1). Se dessine ainsi nettement l'exigence d'un niveau de formation minimum pour tous, avec, dans la lignée de l'idéal d'une école démocratique, la lutte contre les sorties du système et l'aménagement de dispositifs pour le réintégrer, le cas échéant.

Dans l'enseignement secondaire, en 2005, la loi de programmation pour la cohésion sociale met l'accent sur la réussite éducative de tous les élèves, avec la création de dispositifs spécifiques. Par exemple, le Programme de Réussite Éducative (PRE) propose un accompagnement pédagogique renforcé aux élèves en difficulté demeurant en quartier prioritaire de la politique de la ville, ou scolarisés dans un établissement relevant de

l'éducation prioritaire (Présidence de la République Française, 2005a : article 128). L'attention portée aux élèves s'étend ici à leur environnement : cette loi institue un partenariat de politique éducative locale afin de favoriser la réussite scolaire.

C'est dans la même dynamique qu'en 2008, le Plan Espoir Banlieue relie directement le décrochage scolaire et les problématiques des quartiers prioritaires, dont la délinquance. Ce plan met l'accent sur la nécessité de mesurer le décrochage et son évolution, mais aussi de mettre en place des parcours éducatifs individualisés pour les « *décrocheurs* » repérés. Une distinction est faite entre les « *décrocheurs au sens strict* » qui ne se présentent plus dans leur établissement, et un « *risque de décrochage couru par les élèves qui expriment un important absentéisme susceptible de nuire à leur réussite scolaire.* » (MEN, 2008). Nous pouvons ainsi voir, au-delà de la question de l'individualisation, que la définition du décrochage est déjà très diffuse, puisqu'elle s'étend à l'absentéisme.

En 2009, une instruction en direction des préfets et recteurs d'académie fournit des recommandations, et mobilise pas moins de dix millions d'euros pour lutter contre le décrochage scolaire dans le secondaire (MEN, 2009b : 4). Nous pouvons également citer la circulaire relative au développement et au financement des écoles de la deuxième chance, mobilisant quelque vingt-six millions d'euros sur les années 2009 et 2010, ainsi qu'un apport du fonds social européen (MEN, 2009a). Nous voyons, à la mesure des moyens mobilisés dans ces années-là pour lutter contre le décrochage scolaire, la place extrêmement affirmée de cette problématique dans l'espace politique. Cette préoccupation n'est pas passagère puisque'en 2013, le rapport d'évaluation publié par l'Inspection Générale de l'Éducation Nationale se conclut ainsi :

« aucune réforme de l'enseignement ne devrait être engagée désormais sans qu'elle ne contienne des modalités de prévention du décrochage. » (Armand *et al.*, 2013 : 73).

À cette recommandation succède un Plan interministériel de mobilisation pour « *vaincre le décrochage scolaire* », en 2014, qui définit cette problématique comme une « *priorité nationale* » (Valls, 2014). Cette démarche s'inscrit en cohérence avec les autres politiques de lutte contre les inégalités scolaires (notamment celles du ministère de l'Enseignement supérieur, et à destination des NEET⁷). Ce plan comporte trois axes : la mobilisation de tous,

⁷ Qui constitue un indicateur européen désignant les « *young people neither in employment nor in education and training* » (NEET), c'est-à-dire les jeunes gens de 18 à 24 ans se trouvant en dehors du système de formation, n'étant pas en situation d'emploi ou dans tout autre dispositif destiné à l'insertion professionnelle.

le droit à une nouvelle chance et la prévention du décrochage scolaire. Citons quelques pistes d'actions, telles que l'implication des parents dans la scolarité de leur enfant, une meilleure formation et un engagement de l'ensemble des acteurs éducatifs dans la lutte contre le décrochage. Les Groupes de Prévention du Décrochage Scolaire (GPDS) ont vocation à être généralisés, avec également la désignation d'un « référent décrochage » dans chaque établissement. Des modifications pédagogiques sont décrites, comme l'usage de cours sous forme de vidéos en ligne (argumentés comme mieux adaptés aux jeunes en difficulté avec la forme scolaire), la mise en place de travaux en groupe ou en binôme, et de tutorat adulte-élève. La mesure et le suivi des absences doivent être renforcés, et les équipes médicales doivent être associées, dès que nécessaire, au suivi d'élèves présentant des signes de décrochage. Des parcours aménagés peuvent être élaborés pour ces derniers, avec une individualisation des modalités d'accompagnement et plus de passerelles possibles. Pour finir, un droit au retour en formation initiale jusqu'à vingt-cinq ans est possible, et des dispositifs d'accompagnement spécifiques⁸ sont créés (*ibid.*). Nous discernons nettement que le ciblage du problème de décrochage scolaire entraîne un resserrement de l'attention portée sur les individus dits à risque, présentant des signes ou des facteurs intervenant dans « *la fabrique du décrochage* » (dix-sept facteurs sont dénombrés). La modification des contenus et de la forme des enseignements, l'individualisation des parcours et des accompagnements proposés actent la différenciation opérée à plusieurs niveaux pour ces élèves par rapport à leurs camarades. La création de différentes instances pour prévenir, prendre en compte et en charge le décrochage entraîne une véritable transformation des pratiques des enseignants et éducateurs. En complément sont mis en place des comités opérationnels au niveau régional ainsi qu'un comité interministériel de lutte contre le décrochage au niveau national (*id.*). C'est ainsi que la lutte contre le décrochage s'institutionnalise, pérennisant les mesures mises en place, contribuant à la normalisation de parcours différenciés et individualisés, adaptés aux besoins définis comme spécifiques des élèves concernés.

S'inscrivant dans la continuité avec tout ce que nous venons de voir, le rapport du Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE) publié en 2015 s'intitule « *Une école de la réussite pour tous* ». Ce rapport préconise notamment une « *école inclusive pour tous* », pour

⁸ Comme les plateformes de suivi et d'appui aux décrocheurs (PSAD).

être « *certaines de n'abandonner aucun enfant* », développant pour ce faire des « *dispositifs permettant d'agir au plus près des besoins identifiés* » (Grard, 2015 : 7 ; 104).

Ainsi, aucun élève ne devrait quitter l'enseignement secondaire sans y avoir acquis un diplôme : les différents textes que nous venons de voir se montrent fermes à ce sujet. L'institution scolaire doit donc, à travers différentes modalités, s'adapter aux individus pouvant apparaître comme « à risque » de décrochage, dans une idée d'inclusion, amenant avec elle une différenciation des contenus d'enseignement et des approches pédagogiques. En ce sens, le Plan Interministériel de 2014 marque un tournant, en actant de profonds changements des contenus et formes pédagogiques et avec une réaffirmation de la nécessaire individualisation des accompagnements, potentiellement médicalisés. Nous assistons également à un recours accru au chiffrage du décrochage (*via* un meilleur suivi des absences) ; ces instruments de mesure visant une prévention qui s'institutionnalise.

La même dynamique s'observe dans l'enseignement supérieur : résumons ici les principales réformes en ce sens. Le décret d'application pour la structuration de l'espace européen de l'enseignement supérieur, publié en 2002, transforme les contenus d'enseignement, articule les niveaux Licence, Master, Doctorat (LMD) et met en place les crédits européens (ECTS). S'en suit une série de mutations structurelles, avec le rapport « *De l'Université à l'Emploi* » publié en 2006 et énonçant plusieurs recommandations pour faire face à la massification étudiante et au taux d'échec en licence. L'échec ainsi que des effectifs importants dans les filières avec peu de débouchés « *constituent un gâchis humain et fragilisent l'ensemble de notre système d'enseignement supérieur* » (Hetzl *et al.*, 2006 : 6). Ce rapport préconise de redéfinir les procédures d'orientation, de favoriser la professionnalisation à l'appui d'un projet de formation et d'insertion visant à rendre l'étudiant acteur de son parcours. Sont également recommandés un accompagnement individualisé des jeunes sortis sans diplôme de l'université⁹, ainsi que l'accès privilégié aux IUT¹⁰ pour les bacheliers technologiques et aux STS¹¹ pour les bacheliers professionnels. S'ajoute l'ouverture de 40 000 à 50 000 places en STS et en IUT sur cinq ans (*ibid.* : 27). Cette synthèse non exhaustive des propositions formulées nécessite, d'après ce rapport, des

⁹ Par différents services spécialisés tels que les services de l'université, les missions locales, etc.

¹⁰ Instituts Universitaires Technologiques.

¹¹ Sections de Techniciens Supérieurs.

« *universités de plein exercice* », autrement dit des universités rendues plus autonomes. L'échec légitime ainsi des remaniements structurels du système d'enseignement supérieur. Nous en trouvons la confirmation dans la promulgation de la loi relative aux Libertés et Responsabilités des Universités (LRU) en 2007. Cette loi modifie le fonctionnement des universités avec les principes d'autonomie, de mise en concurrence et de performance. Pour ce faire, elle modifie l'organisation des établissements *via* l'introduction de la notion de gouvernance, et institue une ouverture des universités sur le monde professionnel et économique. La loi prévoit également une évaluation externe des établissements par une agence indépendante et l'évaluation individuelle périodique des enseignants-chercheurs (Présidence de la République Française, 2007). Cette forte autonomie de gestion, alliée à la mise en concurrence des établissements universitaires, procède pour Musselin d'« *une course qui relègue de plus en plus à l'arrière-plan les principes d'égalité et d'uniformité qui, en théorie au moins, régulaient le système universitaire français.* » (Musselin, 2017 : 7).

Toujours en 2007, dans la lignée des objectifs de la Stratégie de Lisbonne, le gouvernement lance le Plan pour la réussite en licence, doté de 730 millions d'euros cumulés sur 2008-2012, avec l'ambition de diviser par deux le taux d'échec en première année à l'université. Ce plan marque une volonté de modification des contenus d'enseignement des trois premières années universitaires, ainsi qu'un renforcement de l'encadrement pédagogique. Il propose également — cela se retrouve comme une constante dans les différentes réformes — des aides à la réorientation et des passerelles, notamment pour lutter contre l'échec des bacs professionnels et technologiques à l'université, avec la valorisation de l'orientation en filières courtes type IUT et STS. Recontextualisons cette loi : pour la cohorte d'étudiants inscrits pour la première fois en troisième année de licence en 2004, 70,3 % sont diplômés au bout d'un an. Ces taux sont effectivement plus faibles pour les lauréats d'un baccalauréat technologique (61,9 %) ou d'un baccalauréat professionnel (55,8 %) (DEPP, 2009 : 253). Nous pouvons nous demander le sens de mettre autant de moyens pour la réduction d'un taux d'échec qui, au terme des trois années d'études universitaires, n'est objectivement pas catastrophique. Cependant, les étudiants n'obtenant pas leur licence en trois ans et poursuivant leur cursus (77,9 % obtiennent leur licence au bout de deux ans ; 80,3 % au terme d'une troisième année) entraînent, de fait, un coût économique supplémentaire.

En 2009 et 2011, deux rapports paraissent et font état de constats alarmants sur le « *décrochage dans l'enseignement supérieur* », défini comme la sortie de l'enseignement supérieur sans obtenir de diplôme (Demuynck et Péresse, 2011 : 22). Différentes propositions pour lutter contre ce « phénomène » sont énoncées, par exemple traiter une « *défaillance des processus d'orientation* » (Demuynck, 2009 : 34), en renforçant les dispositifs dédiés, mais aussi en tablant sur une orientation active, avec la mise en place de la désormais révolue plateforme Admission Post-Bac (APB). Dans la lignée du Plan de 2007, il s'agit de favoriser l'insertion des bacheliers technologiques et professionnels dans les formations courtes (Demuynck et Péresse, 2011 : 14). L'accent est donc mis sur une orientation de plus en plus précoce, puisqu'elle tend à se construire sur la base du type de baccalauréat obtenu. Il est également évoqué un rapprochement du système éducatif et du monde professionnel à travers les stages, l'apprentissage et la formation en alternance, mais aussi le renforcement des dispositifs de seconde chance.

En 2012, un rapport du CESE intitulé « *Réussir la démocratisation de l'enseignement supérieur : l'enjeu du premier cycle* » insiste sur le fait que « *l'activité salariée peut conduire à l'échec dans les études [...] [ou] précipiter le décrochage* » (Aschieri, 2012 : 73). Les conditions de vie des étudiants, notamment matérielles, sont reconnues comme pouvant influencer sur l'investissement de leurs études, et prises en compte dès la loi du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche. Cette loi propose 458 millions d'euros supplémentaires d'aide sociale aux étudiants et la création de 43 000 logements étudiants. Dans ce texte, il n'est à aucun moment mentionné le « *décrochage* », ou bien l'« *échec* » des étudiants — en effet, ces deux notions sont évoquées seulement en creux, avec l'insistance sur « *réussite de toutes les étudiantes et de tous les étudiants* » (Présidence de la République Française, 2013b : art. 6). Pour tendre vers cet objectif, les logiques précédemment citées se poursuivent, avec une spécialisation progressive des études en premier cycle, en favorisant les passerelles et les réorientations. Sont également évoqués l'accroissement de l'utilisation du numérique dans les enseignements et la volonté de doubler le nombre d'étudiants en alternance pour faciliter leur insertion.

Le dossier de presse du Grand Plan d'Investissement 2018-2022, paru en septembre 2017, avance le constat suivant :

Avec un taux d'échec de 60 % en licence, le premier cycle connaît de profonds dysfonctionnements. Pour améliorer la situation, le Grand Plan d'Investissement financera des expérimentations dans l'éducation nationale et accompagnera les transformations du premier

cycle universitaire, afin d'améliorer la formation initiale des jeunes, leur orientation au lycée comme à l'université et leur insertion professionnelle. (Philippe et Pisani Ferry, 2017 : 5)

Ce plan comporte un axe ayant pour objectif d'« *édifier une société de compétences* », ciblant entre autres « *un million de jeunes décrocheurs* », avec un budget total dédié de 15 milliards d'euros (*ibid.* : 5).

Concluons cet état des lieux avec l'adoption, en 2018, de la loi pour l'Orientation et la Réussite des Étudiants (ORE), réformant notamment les conditions d'accès à l'université. Nous y retrouvons l'élément invariant du décrochage, de l'échec dans le premier cycle du supérieur comme justification à l'élaboration des différentes mesures. Un défaut d'orientation est à nouveau pointé du doigt : afin d'y remédier, les attendus de chaque formation sont rendus publics, dans l'idée d'aider les futurs étudiants à mieux s'orienter. L'université devient globalement plus attentive aux étudiants qui peuvent y entrer, avec dix vœux d'orientation non hiérarchisés sur la plateforme Parcoursup (remplaçant APB). *Via* cette plateforme, il est exigé de la part des lycéens la production de documents attestant leur motivation. Il est aussi prévu que les meilleurs élèves de chaque filière de baccalauréat puissent bénéficier d'un accès prioritaire aux formations de l'enseignement supérieur public. Une orientation préférentielle vers les IUT et STS se poursuit pour les bacheliers technologiques et professionnels, avec un pourcentage minimal imposé dans chacune de ces filières. L'université aura également vocation à s'adapter au parcours de chaque étudiant, en visant toujours l'objectif de réussite, qui se veut contractuel :

« Afin de favoriser la réussite de tous les étudiants, des dispositifs d'accompagnement pédagogique et des parcours de formation personnalisés tenant compte de la diversité et des spécificités des publics étudiants accueillis sont mis en place au cours du premier cycle par les établissements dispensant une formation d'enseignement supérieur. » (Article L612-3, 2018)

Pour résumer, la loi ORE acte l'individualisation et la personnalisation des parcours, notamment pour les étudiants les plus en difficulté, dans l'objectif réaffirmé de réussite de tous (Présidence de la République Française, 2018). Nous observons également une responsabilisation de chaque étudiant dans ses choix, et cette logique, qui semble n'être pas exempte d'un contexte sociopolitique plus global, va dans le sens d'une orientation de plus en plus précoce. Notons que la loi ORE se met en place de manière quasiment simultanée avec la réforme du baccalauréat, qui prévoit notamment une augmentation du poids du

contrôle continu dans la note finale de ce diplôme (Mathiot, 2018). Les inégalités territoriales des établissements d'enseignement secondaire — combattues par le PRE et le Plan Espoir Banlieue, entre autres — peuvent questionner l'intégrité de la valeur nationale d'un baccalauréat obtenu avec une plus grande part de contrôle continu. Ce diplôme ne risque-t-il ainsi pas d'être de plus en plus rattaché au lycée d'origine du futur étudiant¹² ? Il y a donc une réelle différence de nature sociale dans l'investissement d'une filière plutôt générale ou plutôt professionnelle.

Dans son discours du 13 janvier 2022 lors de la Conférence des présidents d'université, le Président Macron reprend les axes principaux de toutes les mesures que nous venons de voir, et en trace l'horizon. Il réaffirme notamment que « *pas un jeune ne doit sortir du système éducatif sans une formation qui ne lui donne les clés pour accéder au marché du travail* », déplorant le « *formidable gâchis* » que constitue la non-présentation aux examens de première année de 50 % des étudiants. Et ce, malgré le milliard d'euros de budget injecté dans le premier cycle universitaire depuis 2017. Fort de ces constats, le Président souhaite développer massivement l'apprentissage et améliorer l'orientation des étudiants :

« En somme [l'université] doit devenir plus efficacement professionnalisante car on ne peut pas se satisfaire de l'échec de nos étudiants dans les premiers cycles, ni du taux de chômage trop élevé des jeunes qui sortent de certaines filières universitaires. » (Macron, 2022)

La ligne d'horizon est tracée : les universités doivent devenir les piliers de l'excellence scientifique dans la compétition internationale, et préparer les étudiants à exercer leur futur métier, en vue d'une meilleure insertion sur le marché du travail. En creux, le Président questionne la gratuité (déjà relative) de l'université : « *on ne pourra pas rester durablement dans un système où l'enseignement supérieur n'a aucun prix pour la quasi-totalité des étudiants* » (*ibid.*). Une orientation plus précoce (dès le collège), une vocation professionnalisante avec des filières courtes, en apprentissage ou en alternance : les conclusions les plus récentes ne diffèrent pas des réformes transformatrices de ces vingt dernières années.

¹² Et ce, en raison du manque de mixité sociale au sein des établissements. Rappelons qu'en 2016, 77 % des enfants de cadres obtiennent un baccalauréat général, 14 % un baccalauréat technologique et 9 % un baccalauréat professionnel ; tandis que la répartition est de respectivement de 34 %, 22 % et 44 % pour les enfants d'ouvriers (Blanquer, 2017 : 75).

Résumons en quelques lignes l'essentiel du traitement politique du décrochage. Toutes les réformes que nous venons de détailler soulignent la préoccupation accrue de l'État, depuis une trentaine d'années, autour des jeunes gens sortant du système éducatif sans qualification. Nous observons une continuité dans les changements structurels de l'enseignement secondaire comme supérieur. Pour tenter de réduire les « phénomènes » de décrochage et d'échec, le politique centre son action sur l'orientation précoce des élèves et des étudiants, et développe divers dispositifs d'aide individualisée et de réorientation. La mise en avant des coûts économiques et sociaux du décrochage, que nous développerons plus loin, est partiellement recouverte par le discours euphémisant d'une « réussite de tous ». Dans l'enseignement supérieur, nous pouvons observer que la modification des contenus d'enseignement est une constante, depuis la mise en place du LMD en 2002. La professionnalisation et l'insertion des étudiants sur le marché du travail sont également deux points fréquemment évoqués.

Si nombreuses que soient les lois visant à réduire le décrochage, nous allons à présent voir que ce « phénomène » n'est pas si régulier, homogène et donc quantifiable qu'on pourrait, *a priori*, le croire.

1.1.2. *Le décrochage est-il descriptible et quantifiable ?*

Nous venons de voir qu'un nombre croissant de lois et de rapports ainsi qu'une part conséquente de budget ont visé, ces vingt dernières années, la réduction du décrochage dans les études secondaires et supérieures. Cette lutte s'inscrit dans un contexte national où le taux de décrochage ne cesse de diminuer, et se situe dans la moyenne basse des taux européens. Les pouvoirs publics continuent toutefois de s'en émouvoir.

Précisons, à ce stade de notre exploration, qu'à l'instar de Becker (2007), nous envisageons la déviance comme une construction à partir de la norme qu'elle transgresse, et comme résultant de la réaction des autres à cette transgression. Il donc est primordial d'interroger les positions des individus définissant les normes scolaires et de formation, afin de comprendre comment elles s'instituent. Ce sont en effet les « *entrepreneurs de morale* » (*ibid.*), qui, depuis leur position et le point de vue qui y est lié, peuvent légitimement départager la population de jeunes dits en décrochage de la population globale considérée.

Nous allons ici interroger la quantification possible de ce « phénomène » au sein de l'enseignement supérieur. Le mot décrochage y est employé alternativement avec les termes d'abandon et d'échec, mais aussi en creux avec la notion de réussite, sans cesse ramenée sur le devant de la scène. La Ministre de l'Enseignement supérieur déplore ainsi que les 80 % de diplomation des étudiants ayant entamé des études supérieures s'effectuent « *au prix de multiples détours* » :

« Seulement 27 % des étudiants ont leur licence en 3 ans et 39 % en 4 ans. Les 61 % restants abandonnent les études dans lesquelles ils se sont initialement engagés (33 % après un an, 13 % après deux ans d'études), ou se réorientent vers d'autres formations. Ce taux d'échec élevé concerne l'ensemble des bacheliers » (Vidal, 2017 : 4).

Ce constat se rallie au taux de 60 % d'échec en licence cité plus haut (Philippe et Pisani Ferry, 2017). Si 80 % des étudiants ressortent finalement diplômés de l'enseignement supérieur, nous pouvons légitimement nous demander qui sont les individus composant ces 60 %, et où est-ce qu'ils se retrouvent après être sortis de la licence dans laquelle ils étaient inscrits. S'agit-il, comme affirmé plus haut, d'individus en échec ou ayant décroché sans obtenir de diplôme ? Il est évident que non, et nous allons voir plus précisément le contenu potentiel de ce pourcentage. Bien que peu d'études scientifiques aient été menées de manière longitudinale pour explorer les chiffres contradictoires de l'abandon, nous pouvons mentionner une enquête publiée en 2011, qui relativise les chiffres alarmants d'échec en première année de licence. Les auteurs mentionnent d'abord le discours du Plan réussite étudiant (2008) selon lequel 52 % des étudiants échouent en licence (Bodin et Millet, 2011 : 227). Ils citent les statistiques du ministère de l'Éducation nationale, soit un taux de non-réinscription à l'issue d'une première année de licence oscillant entre 23 % et 26 % entre 1998 et 2009 — restant donc relativement stable. Leur étude menée à l'université de Poitiers (n=5149) montre que 32,3 % des étudiants en première année ne se réinscrivent pas à l'université l'année suivante. Toutefois, 62 % de ces étudiants sont encore dans un cursus de formation et 27 % sont en emploi. Finalement, seuls 7 % ne sont *a priori* ni en formation ni en emploi la deuxième année (*ibid.* : 229).

Si les chiffres avancés ici et là semblent peu stables, c'est notamment parce qu'ils sont calculés sur la base de définitions différentes. Prenons l'exemple d'études statistiques faisant consensus, à savoir le rapport relatif aux enseignements, à la formation et la

recherche, publié chaque année par la Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP). À partir de 2012, chacun de ces rapports expose un taux de réussite en cursus licence variant autour de 40 % au terme de quatre années, depuis 2007, ce qui correspond au chiffre inversé de l'« *échec en licence* », repris par les discours politiques (DEPP, 2017b : 251 ; DEPP, 2012 : 263). Cependant, et la Ministre Vidal le mentionne elle-même, ce taux de 60 % d'« *échec* » contient une part de réorientation, sans cependant préciser à quelle hauteur elle se situe. Nous retrouvons cette imprécision dans le corps de texte du rapport de la DEPP :

La faiblesse des taux de réussite tient essentiellement au nombre élevé d'étudiants qui abandonnent leur formation en licence après un an (33 %) ou deux ans (13 %) d'études. Une partie d'entre eux se réorientent vers d'autres formations (DEPP, 2017b : 250).

À titre d'exemple, comparons ces taux avec ceux publiés par la DEPP en 2009 : nous nous apercevons que le taux de diplomation atteignait à l'époque 70,3 % en cursus licence, en trois ans et toutes filières de baccalauréat confondues. Ce taux de réussite s'élevait à 78,9 % avec une année supplémentaire (DEPP, 2009 : 253). Comment expliquer ce passage de moins de 21 % d'« *échec* » en 2009 à 61 % 2017 ? Et, plus surprenant encore, comment expliquer que le rapport de 2017 mentionne la stabilité du taux de réussite en licence autour de 40 %, depuis 2007 ? La subtilité se situe dans la différence de définition de la « *réussite en cursus licence* », et donc de la méthodologie employée pour effectuer ce calcul. Un basculement des chiffres de réussite — et donc, en miroir, d'« *échec* » — s'est opéré en 2012. En effet, en 2011 et avant, le taux de réussite était calculé sur la base des étudiants inscrits en troisième année de licence, tandis qu'à partir de 2012 sont considérés les étudiants inscrits en première année de licence. Nous avons pu remarquer que cette page du rapport est passée de l'intitulé « *la réussite en troisième année de cursus licence* » en 2011 et avant, à « *la réussite en cursus licence* » à partir de 2012. Cette modification a pour effet de multiplier de manière sensationnelle le taux d'« *échec* », le faisant passer de 21 % à 61 %¹³. Ces changements de définition et de méthodologie ont été opérés l'année suivant la publication du rapport basant ses préconisations sur la situation alarmante du « *décrochage dans l'enseignement supérieur* » (Demuyne et Péresse, 2011 : 22). Cette corrélation a de quoi

¹³ Cette méthodologie de calcul et le taux de réussite restent stables, avec 40,8 % de réussite en trois et quatre ans des étudiants inscrits pour la première fois en L1 en 2011 (DEPP, 2021b : 249).

nous interroger, puisque l'accroissement spectaculaire du taux d'échec en licence a permis de légitimer les réformes structurelles de l'enseignement qui ont suivi.

Ces changements viennent également déplacer une définition de la norme sociale de réussite des études entamées, en la plaçant beaucoup plus tôt dans le cursus de l'étudiant. Lascoumes et Le Galès, qui analysent l'action publique par ses instruments, avancent que la neutralité axiologique de ces derniers est illusoire. Les auteurs affirment, à l'appui de Desrosières, que « *le langage commun et les représentations que véhicule la statistique créent des effets de vérité et d'interprétation du monde.* » (2005 : 30). La mesure statistique, ou « *instrumentation statistique* » (*ibid.* : 12) constitue un outil permettant d'opérationnaliser l'action gouvernementale. Nous venons de le voir avec l'exemple des rapports de la DEPP : la définition des éléments calculés peut varier et occasionner une délimitation nouvelle du phénomène considéré. Ainsi, la méthodologie employée pour un item donné dit véritablement quelque chose de ce que l'on veut faire apparaître, à travers le résultat statistique. Les chiffres ne sont donc pas infaillibles dans l'absolu, puisqu'ils correspondent toujours à une logique sous-jacente, et sont guidés par un certain regard, toujours déjà orienté. C'est en cela que l'instrument est bien plus qu'un simple outil technique, et participe à structurer l'action publique. Il est donc plus que nécessaire de prendre avec prudence et circonspection les chiffres, dans le domaine du décrochage où ils sont invariablement présentés comme alarmants, mais aussi dans celui des diagnostics scolaires, comme nous le verrons par la suite.

À partir de ces différents éléments, il apparaît que des enjeux politiques forts sous-tendent la méthode de calcul du taux d'échec en licence. Quel lien peut donc être établi, et sur la base de quelle analyse, entre ceux qui réussissent, selon la définition post-2011 de la DEPP et du Ministère, et ceux qui abandonnent ou échouent ? Il est justement difficile de savoir exactement où se trouvent ces étudiants après avoir entamé une licence sans la poursuivre, comme l'ont montré Bodin et Millet. Si la réussite en licence peut se mesurer de différentes manières, nous ne pouvons pas affirmer, à partir d'un simple taux, que la part d'individus ne s'y trouvant pas ait effectivement décroché ou échoué. Certains d'entre eux peuvent avoir trouvé un emploi, obtenu une mutation ou entamé une autre formation. Ne perdons pas de vue que les étudiants dits décrocheurs s'inscrivent dans une trajectoire dynamique, que cette catégorie a tendance à réifier en un état qui peut sembler immuable.

Ces chiffres de la réussite et de l'échec, et leur mise en avant ces dernières années, soulèvent une question essentielle : celle du sens donné aux mots. Nous avons vu plus tôt la présence d'effets sémantiques, selon les mots employés, comme l'« *échec scolaire* », beaucoup plus déterministe que « *les élèves en difficulté* » (Morel, 2014 : 56). Aussi, les mots « *échec* », « *abandon* » et « *décrochage* » ne sont pas anodins dans ce qu'ils véhiculent, en matière de représentations, dans nos sociétés actuelles orientées par un modèle libéral, où l'initiative et la réussite individuelle sont fortement valorisées. En outre, c'est à travers sa quantification que le décrochage se trouve réifié, comme si l'individu ne pouvait pas rester « accroché » quelque part tout en « décrochant » autre part. Ces chiffres viennent ainsi figer un constat sur des réalités plurielles et mouvantes.

Plusieurs chercheurs ont cherché à décrire et typologiser des formes de décrochage, soit des catégories d'individus comportant chacune des caractéristiques distinctes. Donnons en ici quelques exemples. En 2002, un rapport rédigé par six chercheurs pour le ministère de l'Éducation nationale appréhende le décrochage scolaire comme une construction, fruit de l'interaction entre les élèves et l'institution scolaire. Cette compilation d'enquêtes cible le « *décrochage de l'intérieur* », appuyant la nécessité de prévenir ce « phénomène », en termes de « *potentialité de décrochage* » (Bautier *et al.*, 2002 : 5). Les auteurs tentent de retracer les « *processus* » apparaissant comme « *significatifs du phénomène de décrochage* », et émaillent leur cheminement de quelques descriptions de situations d'enfants ayant décroché, ou risqué le décrochage. Les chercheurs évoquent, entre autres, le passage de l'école primaire à la 6^{ème}, où le risque de décrochage tout comme la possibilité de raccrochage s'incarne dans le possible recours à l'adulte face aux malentendus inhérents à tout enseignement. Les auteurs mettent en garde « *contre l'effet produit par des désignations comme enfants décrocheurs, élèves en voie de déscolarisation, etc.* » (*ibid.* : 12). Cependant, pour ne prendre qu'un exemple, l'étude menée dans ce même rapport par Terrail et Bébi mentionne deux profils de « *décrocheurs* » : d'une part les « *élèves abandonneurs* » — qui obtiendraient des résultats un peu moins catastrophiques que les « *élèves exclus* », pour qui on retrouverait souvent, en arrière-plan, une précarité familiale avec l'impossibilité d'apporter une aide scolaire aux enfants (*id.* : 7). Dans ce rapport, la recherche de causes au décrochage est étayée d'exemples pouvant faire état d'une diversité des situations de décrochage. On ne peut cependant ignorer le risque énoncé par les auteurs,

de réduction du « phénomène » par sa réification en catégories, alors même que ce dernier s'avère singulièrement polymorphe.

Force est de constater, nous allons le voir tout au long de notre recherche, que le recours aux explications causales pour des « phénomènes » tels que le décrochage se retrouve comme une constante dans les discours, notamment scientifique. Tout se passe comme s'il était nécessaire, et quasiment instinctif, à partir de la perception du décrochage, de rechercher des motifs à ce dernier. En effet, une multitude de travaux en sciences humaines contribue à l'explication du décrochage, dans une démarche de regroupement des individus observés sous forme de typologies, délimitant différents profils de décrocheurs.

En ce qui concerne le décrochage dans l'enseignement secondaire, une étude québécoise (Potvin *et al.*, 2007) figure dans un guide de prévention du décrochage scolaire. Quatre types d'élèves sont identifiés à partir de caractéristiques scolaires, personnelles et familiales : le type « *peu intéressé* » ou « *peu motivé* », le type « *problèmes de comportement* » ; le type « *comportements antisociaux cachés* » et le type « *dépressif* ». Nous trouvons, sous chacune de ces quatre catégories, des préconisations de prises en charge adaptées à l'usage des enseignants et des éducateurs.

Janosz, en 2000 au Québec, définit les « *discrets* » et les « *inadaptés* » qui représentent selon lui, à parts égales, 80 % de la population des élèves « *décrocheurs* », mais aussi les « *désengagés* », et les « *sous-performants* » (Janosz, 2000). S'inspirant de ces travaux, Bernard (2011) circonscrit à son tour quatre « *profils* » de décrocheurs de l'enseignement secondaire à partir des données de la Mission Générale d'Insertion¹⁴ et de l'administration d'un questionnaire. La première catégorie, qui est aussi la plus faible numériquement, désigne les « *rebelles* », que l'auteur décrit comme des élèves fondamentalement opposés à la forme scolaire, associant à leur peu d'engagement une déviance à la règle scolaire, pouvant amener à des exclusions pour raisons disciplinaires. La seconde catégorie circonscrit les « *désengagés* », soit ceux qui ont le moins de difficultés scolaires tout en respectant les règles, et qui sont souvent issus d'un milieu social favorisé. La troisième catégorie est celle des « *déconnectés* », élèves engagés, mais présentant des difficultés scolaires importantes et souvent précoces : les redoublements ne sont pas rares dans leur parcours. Enfin sont mentionnés les « *discrets* », qui rencontrent tardivement des difficultés scolaires et dont le

¹⁴ Aujourd'hui remplacée par la Mission de Lutte contre le Décrochage Scolaire (MLDS).

décrochage est souvent attribué à un manque de maturité ; notons que ce sont ces derniers qui sont les plus représentés.

En 2012, Blaya adapte la typologie de Fortin pour tenter « *de vérifier de façon plus systématique quelles [sont] les caractéristiques des élèves à risque de décrochage.* » (Blaya, 2012 : 71), en interrogeant plus de 1700 collégiens et lycéens. Elle identifie à son tour « *quatre grands types de décrocheurs* ». La première catégorie rassemble 40 % des « *élèves à risque de décrochage* », avec des problèmes de comportement et des difficultés d'apprentissage — Blaya ajoute que ces jeunes « *souffrent d'un déficit d'attention* » (*ibid.* : 72). La seconde catégorie représente un quart de ces élèves, qui ont la particularité d'être peu intéressés ou motivés par l'école. L'autrice insiste ici sur la nécessité de prendre « *l'ennui* » au sérieux. Elle rattache ses propos à ceux de Janosz en avançant que cet aspect de l'expérience scolaire « *amène souvent les jeunes à adopter une attitude passive vis-à-vis de leur scolarité et est précurseur d'absentéisme et de conduites addictives qui sont des facteurs de risque de décrochage* » (*id.* : 72). Les deux dernières catégories fédèrent chacune 17 % des élèves à risque, et concernent respectivement les élèves ayant des comportements déviants cachés, et ceux présentant des « *indices de dépression qui nécessitent une aide appropriée* » (*id.* : 73). Blaya s'appuie sur ces catégories pour appeler à une meilleure identification des élèves en décrochage, qui ne sont pas toujours repérés, puisque discrets. Elle préconise pour ce faire une approche systémique du décrochage, visant à maintenir les élèves en scolarité « *tout en proposant aux jeunes en difficulté des parcours fortement individualisés* » (*id.* : 77).

Tous les auteurs s'accordent donc pour qualifier le décrochage de multifactoriel, et comprenant plusieurs types de situations. Par exemple, Bernard décrit ainsi les quatre parcours qu'il distingue : « *ils ne relèvent pas tous de la même construction biographique, et traduisent la multiplicité des rapports qu'entretiennent les jeunes avec l'institution scolaire.* » (Bernard, 2011 : 89). Il précise que ces profils ne visent pas à épuiser la complexité des rapports entretenus entre élèves et institution, mais qu'ils tendent à faire apparaître que le décrochage ne tient pas qu'à une question de niveau scolaire. Ces différentes définitions de groupes d'élèves apparaissent comme des tentatives de différenciations internes à la grande catégorie des décrocheurs, et procèdent également à certains regroupements de caractéristiques, afin de mieux cerner ce qui se cache sous ce

terme générique. Cependant, si l'on peut s'accorder à penser que le décrochage recouvre plusieurs types de situations, nous le verrons, ça n'est pas la même démarche que d'affirmer qu'il contient plusieurs types d'individus, déclinés sous forme de « *profils* ». Si cette description typologique a pour visée de pouvoir mieux prévenir le décrochage, elle ne paraît pas pouvoir éviter un effet de réification d'une réalité souple et mouvante. C'est à partir de cette fixation que semblent pouvoir s'élaborer et se bâtir des politiques publiques visant à réduire le décrochage.

Il est donc légitime d'interroger l'usage qui est actuellement fait d'une évaluation catastrophique et alarmante d'« *échec* », d'« *abandon* » en première année de licence, et prompt à justifier des mesures politiques et des investissements économiques visant à le résorber. Ce questionnement appelle une nécessaire contextualisation sociale et économique, à laquelle nous allons maintenant procéder.

1.1.3. *Un objet porteur d'enjeux socioéconomiques*

Commençons ce paragraphe par une question naïve : pourquoi tant de préoccupations politiques et scientifiques autour du « phénomène » de décrochage ? Pour y répondre, rappelons que le décrochage apparaît comme un concept relatif qui ne prend sens que dans un contexte donné, en l'occurrence celui de la massification des systèmes d'enseignement. La question du décrochage, selon Bernard, « *révèle d'abord l'importance prise par le diplôme dans la France contemporaine* ». L'auteur ajoute que « *la nécessité du diplôme pour entrer dans la vie active est aujourd'hui perçue comme une évidence dans tous les milieux sociaux.* » (Bernard, 2015b : 40). En conséquence :

« La convention académique entre en crise dès lors que cette alternative¹⁵ se réduit très fortement, avec la montée du chômage et l'exacerbation de la concurrence entre les jeunes pour accéder à l'emploi. **Les sorties sans diplôme prédisent de plus en plus un risque de chômage très élevé. Le décrochage scolaire devient alors un problème.** Il entre dans le champ des politiques éducatives. Cette entrée, on le voit, est finalement récente. Il est encore trop tôt pour mesurer les effets de cette mise à l'agenda, mais il est certain que la problématique du décrochage scolaire interroge profondément l'organisation et le fonctionnement de l'institution éducative. » (*ibid.* : 41)

¹⁵ Par « *cette alternative* », l'auteur fait référence à un marché du travail permettant de trouver un emploi sans diplôme.

Effectivement, l'augmentation des effectifs dans les enseignements secondaire et supérieur se poursuit d'année en année : à la rentrée 2016, les effectifs globaux progressent de 0,7 % par rapport à la rentrée 2015 (DEPP, 2017b : 13). La population bachelière est passée de 69,6 % en 2008 à 81 % en 2014, et la plupart de ces bacheliers aspirent à des études supérieures, dont le diplôme reste une protection contre la précarité¹⁶ (*ibid.* : 261). En effet, alors que 30,5 % des élèves entrés en 6^{ème} en 1995 étaient sortis du système scolaire en 2003, ce taux est presque divisé par deux, avec 17,5 % des élèves entrés en 6^{ème} en 2007 et sortis du système scolaire en 2015 (*id.* : 133). Concernant le premier cycle du supérieur, la population d'étudiants et d'apprentis a plus que doublé entre 1980 et 2016 (DEPP, 2017a : 11).

Résumons : les études statistiques montrent non seulement une augmentation globale des effectifs scolaires, mais aussi des bacheliers et de ceux, parmi eux, qui poursuivent des études supérieures. La massification de l'enseignement supérieur d'une part et la nécessité d'un diplôme pour espérer obtenir un emploi d'autre part constituent deux premiers indices pour expliquer les préoccupations autour du décrochage.

Mais il faut également s'attarder sur les enjeux socioéconomiques importants que recouvre le décrochage, résumés ainsi par le dernier rapport d'étape de la Stratégie Europe 2020 (traduit à partir de l'anglais) :

« Les jeunes qui quittent prématurément l'enseignement et la formation manquent de compétences cruciales et risquent d'être confrontés à de graves problèmes persistants sur le marché du travail et de connaître la pauvreté et l'exclusion sociale. Ces personnes quittant prématurément l'enseignement et la formation et qui entrent sur le marché du travail sont plus susceptibles d'avoir un travail précaire et mal payé, et de recourir à l'aide sociale et à d'autres programmes sociaux. Ils sont également moins susceptibles d'être des " citoyens actifs " ou de s'engager dans une formation à l'âge adulte. » (Katainen et Thyssen, 2019 : 58)

Ce rapport est similaire à tous les autres traitant de ce « phénomène » : le décrochage est systématiquement mis en lien avec un risque d'exclusion du marché du travail et de l'emploi, et doit, pour cette raison, être résorbé (Nogueira *et al.*, 2011 : 11-12). Le coût économique de l'abandon précoce de la scolarité fait l'objet d'estimation dans les différents pays

¹⁶ En effet en 2016, 51,4 % des détenteurs d'un CAP, d'un baccalauréat professionnel ou d'un BTS professionnel se trouvaient au chômage ou en inactivité — ce taux s'élevait à 66,5 % pour ceux qui n'avaient pas obtenu leur diplôme. Tandis qu'en 2015, les taux d'insertion professionnelle à 30 mois s'élevaient à 90 % pour les diplômés de DUT et de master et à 92 % pour les diplômés de licence professionnelle (DEPP, 2017b : 261).

d'Europe, allant d'un à deux millions d'euros pour la vie entière d'un individu (*ibid.* : 8). Les solutions soutenues par les textes européens comprennent de multiples dispositifs, comme des cours du soir adaptés, des classes de transition ou des écoles de la seconde chance (*id.* : 10). L'individualisation des parcours permettrait ainsi de diminuer les « pertes », c'est-à-dire les jeunes décrocheurs d'aujourd'hui, qui seraient les adultes ne participant pas ou peu à la productivité de demain.

Le ministère de l'Éducation nationale estime le coût du décrochage, en France et pour un seul individu, à 230 000 euros ; s'ajoutant à des difficultés sociales et économiques majeures tout au long de la vie de la personne (Delahaye, 2014 : 6). Le plan de mobilisation de 2014 détaille également le coût du décrochage comme un argument central pour lutter contre, mis en rapport directement avec les économies pouvant être faites :

« une politique de lutte contre le décrochage qui empêche la sortie de 10 000 jeunes sans diplôme fait économiser 2,3 milliards d'euros à la France sur quarante ans, soit près de 60 millions d'euros par an. Si l'objectif de diviser par deux d'ici 2017 le nombre de jeunes sortant chaque année sans qualification du système éducatif (soit 70 000 jeunes en 2017 au lieu de 140 000 en 2013) est atteint, une " économie " de 16,1 milliards d'euros sur quarante ans serait réalisée par rapport à la situation actuelle, soit plus de 400 millions d'euros par an. » (Valls, 2014 : 21)

Ces économies viennent ici justifier les importants moyens financiers mobilisés : « 50 millions d'euros supplémentaires (+ 7 %) chaque année dès 2015, s'appuyant notamment sur une forte sollicitation des fonds européens » (*ibid.* : 21). Pour ce qui est de l'enseignement supérieur, le rapport Demuynck-Pécresse souhaite « réduire de moitié le décrochage universitaire », constatant qu'« un milliard d'euros par an [...] n'aboutit pas à un résultat de formation tangible. ». Ce constat économique vient légitimer le fait de réformer le système d'admission post-bac et « [corrigeant] ces dysfonctionnements qui expliquent une part non négligeable du décrochage universitaire » (2011 : 11). Cette logique de la mise en rapport direct entre abandon des études et coût estimé semble bien situer le système d'enseignement du côté de la rentabilité. C'est ainsi que l'analysent plusieurs chercheurs québécois, après une analyse historique et internationale du décrochage :

« le problème social du décrochage est celui de l'investissement non rentabilisé de l'élève et dans l'élève [...] dans la problématique " économiste " du décrochage, la non-délivrance du diplôme témoigne d'une inefficacité du système scolaire. » (Moulin *et al.*, 2014 : 153)

Le décrochage, dans le secondaire ou dans le supérieur, est ainsi principalement perçu et traité comme un problème économique, révélateur d'un système éducatif en crise, inapte à

accueillir tous les enfants ou à assurer la réussite de tous les étudiants. Il faudrait, en conséquence, réparer ce système face à cette massification des effectifs, dans une dynamique inclusive. Nous l'avons vu plus tôt, les réformes de l'enseignement supérieur visent pour ce faire à modifier les contenus d'enseignement et les pratiques pédagogiques, à rendre les parcours des étudiants plus individualisés et flexibles ; tout ceci afin de pallier les « *profonds dysfonctionnements* » du premier cycle universitaire (Philippe et Pisani Ferry, 2017 : 5). Et quel argument plus percutant que celui du pourcentage accru d'étudiants abandonnant une licence tout juste entamée, pour démontrer l'existence de ces dysfonctionnements ?

Nous avons également pu observer le caractère central de la question de l'orientation, qui se retrouve en fil rouge dans toutes les réformes visant la réussite des étudiants de l'enseignement supérieur. Citons notamment la favorisation de l'orientation des bacheliers professionnels vers les STS et des bacheliers technologiques vers les IUT, qui s'affirme en 2018 par la loi ORE. Or, les nouveaux bacheliers entrant à l'université à la rentrée 2017 étaient déjà très majoritairement titulaires d'un baccalauréat général (80,7 %), tandis que 14,3 % avaient un baccalauréat technologique et 5 % un baccalauréat professionnel, sachant que la représentation de ces deux dernières catégories à l'université est en diminution, tandis que celle de la première augmente (DEPP, 2017b : 160). Les étudiants issus de bacs technologiques, et surtout de bacs professionnels, se dirigent moins vers l'université, et, le cas échéant, y réussissent moins¹⁷. Cette part de la population étudiante semble donc comporter un plus grand risque d'échec, de décrochage, et donc d'« *investissement non rentabilisé* », pour reprendre l'expression de Moulin *et al.* Nous pouvons mettre ce constat chiffré en lien avec l'orientation (soit, le choix initial de l'étudiant) et les possibilités de réorientation. C'est à ce stade de notre raisonnement que nous touchons du doigt que ces différentes réformes de l'enseignement supérieur et les transformations qu'elles impliquent (la professionnalisation, l'individualisation des parcours, etc.) s'inscrivent dans le contexte plus large d'un système capitaliste libéral, qui vise à rentabiliser chacun de ses investissements. Le système libéral place l'individu au centre des situations, et ce dernier prime sur la structure et sur les différents cadres, en étant perçu comme autonome et rationnel. Dufour parle en ce sens de la démocratie de masse et de ses effets

¹⁷ En effet, 49,2 % des bacheliers généraux réussissent une licence en quatre ans, contre 16 % des bacheliers technologiques et 5,7 % des bacheliers professionnels (*ibid.* : 251).

d'individualisation, avec le sujet humain qui ne serait plus défini qu'à partir de lui-même (Dufour, 1996), nous approfondirons cette question à la fin de notre analyse (partie 7.1.3.).

1.1.4. Synthèse

L'apparition de marges dans le système éducatif est probablement inhérente à tout phénomène de démocratisation, comme le montre la constitution des premières classes de perfectionnement au début du XXe siècle. Nous l'avons vu par un bref historique, ces marges ont connu différentes dénominations selon les périodes. La massification scolaire et l'importance accordée au diplôme, qui permet une certaine protection contre la précarité, engendrent une augmentation des effectifs de plus en plus tard dans la scolarité. Le décrochage, l'abandon des études ou l'échec devient alors une déviance à la norme scolaire. Les recommandations européennes, déclinées au niveau national, visent à réduire ce « phénomène ». L'instrument statistique apparaît alors comme un outil central et non neutre, opérant un dénombrement régulier du décrochage, appréhendé comme quantifiable et donc réductible. Les sciences humaines sont pleinement associées à cette dynamique, par un effort de compréhension et d'explication du décrochage, doublé de préconisations souvent reprises et converties en actions par les politiques publiques.

Au décrochage sont attachés de nombreux enjeux politiques, essentiellement liés à une logique de coût économique et de perte de productivité (défaut d'insertion professionnelle, exclusion sociale, etc.). La préoccupation gouvernementale à propos de ce « phénomène » s'est ainsi accrue ces vingt dernières années, tant dans l'enseignement secondaire que supérieur, en témoigne le nombre de lois consacrées. Ces réformes se centrent sur une meilleure orientation des étudiants, le plus précocement possible. Nous avons vu que les étudiants engagés dans des baccalauréats technologiques et professionnels sont beaucoup moins nombreux dans les filières universitaires et les écoles les plus prestigieuses de l'enseignement supérieur. Or, ce sont les enfants issus des milieux sociaux les plus défavorisés qui sont déjà les plus nombreux dans ces formations professionnelles et technologiques de l'enseignement secondaire. Les réformes visant à réduire le décrochage sont donc particulièrement adressées aux étudiants issus des milieux les plus défavorisés, leur permettant de moins en moins de bifurcations au cours de leur cursus, et ce malgré la mention de passerelles possibles.

Nous allons maintenant présenter nos enquêtes et leurs principaux résultats, permettant de percevoir que ce qui est qualifié et traité au niveau politique comme un « phénomène » homogène, quantifiable et potentiellement réductible semble, en pratique, nettement plus polymorphe et insaisissable.

1.2. Le décrochage, « phénomène » hétérogène et insaisissable

Nous avons exploré les formes du décrochage dans l'enseignement secondaire et supérieur. Nous avons choisi d'interroger et d'objectiver ce « phénomène » à travers les représentations des acteurs de différents champs. La différence entre nos deux enquêtes se matérialise dans le périmètre du terrain, mais leurs résultats sont convergents. Ainsi, par souci de synthèse, nous allons peu nous attarder sur l'enseignement secondaire, et présenter essentiellement les résultats dans le système d'enseignement supérieur.

Dans un premier temps, nous décrirons nos différents terrains de recherche ainsi que les méthodologies employées. Dans un second temps, nous exposerons les résultats de nos deux enquêtes exploratoires, dans l'enseignement secondaire puis en Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Dans un troisième temps, nous présenterons les résultats de notre enquête par questionnaire, menée auprès d'enseignants et formateurs de différentes filières de l'enseignement supérieur. Enfin, nous concluons ce premier travail de recherche sur le décrochage en retenant les principales analyses. Nous ouvrirons ensuite sur notre recherche de thèse.

1.2.1. Cadre méthodologique et description du terrain

Notre première enquête est exploratoire et se situe dans le cadre de l'enseignement secondaire. Durant l'année scolaire 2016-2017 sont consignés 93 énoncés traitant du décrochage, et ce, à travers notre exercice en tant qu'infirmière au sein d'une association médico-sociale. Ces énoncés sont donc issus de réunions opérationnelles¹⁸, mais aussi de la

¹⁸ Comme les groupes de lutte contre le décrochage scolaire, des réunions spécifiques autour de ce phénomène dans divers établissements scolaires ou médico-sociaux, des conférences-débats avec des parents et/ou des professionnels.

Presse (grand public ou spécialisée), de textes de lois et rapports officiels¹⁹. Nous avons ensuite tenté de catégoriser ces énoncés, c'est-à-dire de trouver des ressemblances et des différences entre les définitions données du décrochage. Nous verrons que cette opération s'est avérée plus complexe que prévu.

Notre recherche dans le cadre de l'enseignement supérieur a débuté dans le champ des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Nous avons choisi de nous tourner vers un secteur *a priori* peu concerné par l'abandon d'étude, puisque c'est une filière courte et professionnalisante. Mais aussi parce que le métier d'infirmier se conçoit relativement bien, les représentations, même stéréotypées, permettent de s'en faire une idée *a priori*. D'autre part, le taux d'insertion à l'issue de la formation infirmière est particulièrement important : 71 % des diplômés en santé-social ne connaissent pas le chômage, et seulement 2 % se confrontent à plus d'un an de chômage. Ces chiffres de la confrontation au chômage sont les plus bas, toutes filières prises en compte, d'après une enquête effectuée par le Céreq²⁰ (Quenson, 2017 : 29). Nous voulions ainsi vérifier si le décrochage existait en IFSI, et si oui, comment il était appréhendé, défini, et traité par les équipes pédagogiques. Gardons en tête que les formations sanitaires et sociales font partie des formations les plus investies par les enfants d'ouvriers²¹. Au-delà de ces différents points d'intérêts, nous entretenons une familiarité avec le secteur sanitaire, ce qui a facilité notre compréhension des discours des acteurs, ainsi que notre entrée sur le terrain.

Avant de décrire nos terrain et méthodologie, contextualisons brièvement le « phénomène » de décrochage dans ce domaine de formation. Les études menées sur la réussite et l'interruption en cours de formation en soins infirmiers sont peu nombreuses. Cependant, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) fournit quelques chiffres sur la question, à l'échelle de la France entière (Croguennec, 2016 ; Ferretti, 2007 ; Ferretti et Marquier, 2006 ; Jakoubovitch, 2009, 2010, 2012 ; Jolly, 2009 ; Marquier, 2006 ; Sacreste, 2013, 2014, 2015, 2016). Afin de disposer d'une référence pour nos données recueillies localement, nous avons comparé le nombre d'entrants en première

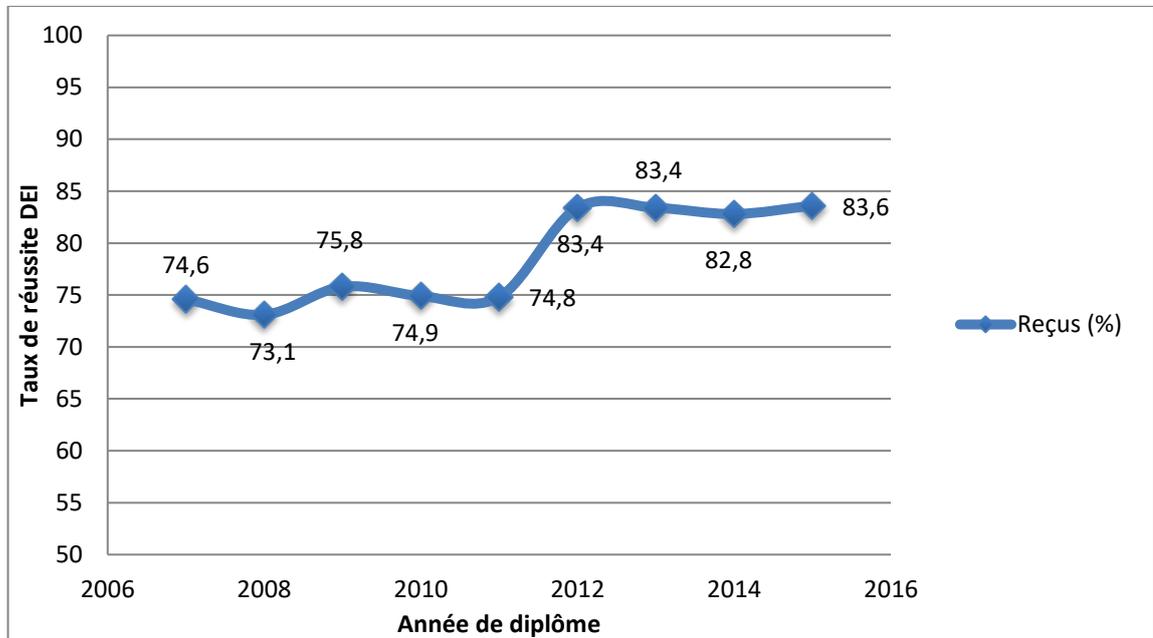
¹⁹ Nous retrouvons un extrait de ce carnet de recueil en annexe 1.

²⁰ Centre d'études et de recherches sur les qualifications.

²¹ Qui en constituaient 19 % des effectifs au moment de notre enquête (DEPP, 2017b : 178)

année et le nombre de diplômés trois ans plus tard, que nous avons représentés dans le graphique suivant.

Figure 1 — Taux de réussite au Diplôme d'État Infirmier (DEI) de 2007 à 2015 en France (DREES)

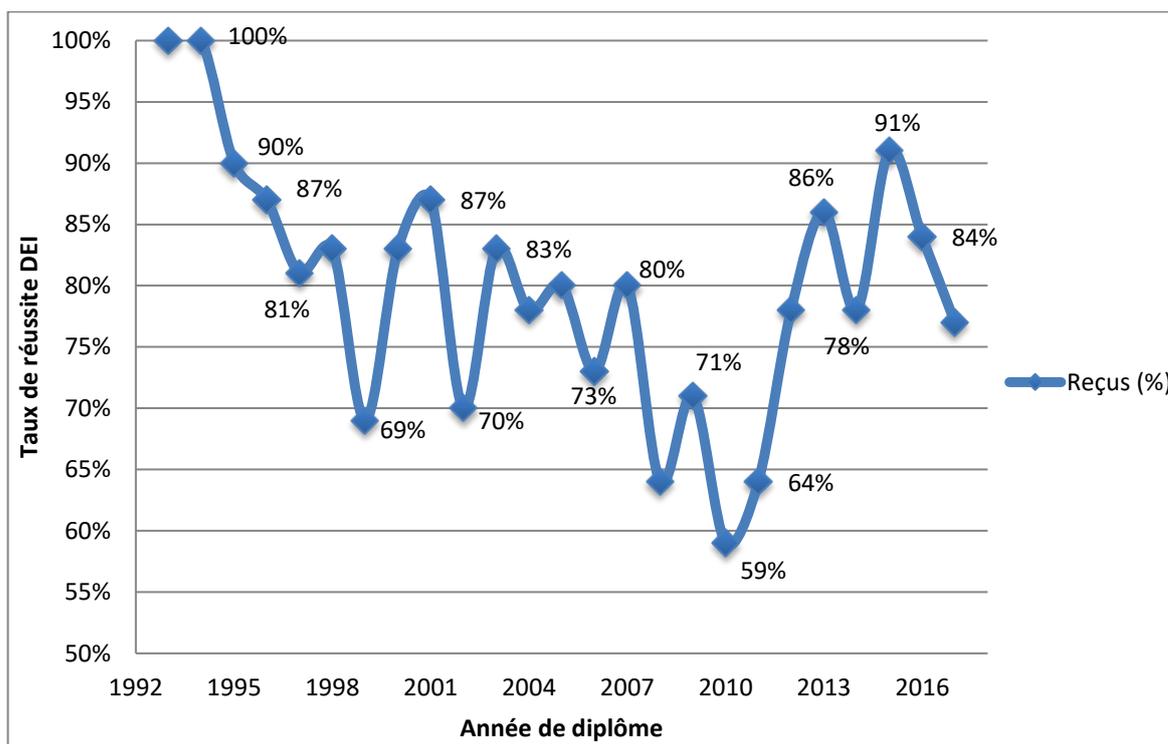


74,6 % des entrants en première année en 2004 étaient diplômés en 2007 (n=29006), 83,4 % des entrants en première année en 2010 étaient diplômés en 2013 (n=30363).

Sur la base de ces données issues de la DREES, sur le modèle des rapports statistiques précédemment vus, nous pourrions dire que le décrochage ou encore l'échec des étudiants au cours des trois années varie, en négatif du taux de réussite, entre 26,9 % (2008) et 16,4 % (2015). Cependant, poser cette affirmation impliquerait la négligence des trajectoires dynamiques des étudiants, à l'œuvre sous la réification opérée par ce dénombrement, comme nous l'avons vu plus haut dans le cadre de l'université (Bodin et Millet, 2011).

Appréhendons ce « phénomène » à une autre échelle : celle de l'IFSI A (présenté plus bas) dans lequel nous avons enquêté. Nous avons représenté, sur le graphique suivant, le taux d'étudiants reçus au DEI chaque année depuis 1993.

Figure 2 — Taux d'étudiants reçus au Diplôme d'État infirmier de 1993 à 2017 dans l'IFSI A (Région Nouvelle-Aquitaine)



69 % des entrants en première année en 1996 étaient diplômés en 1999 (n=20), 78 % des entrants en première année en 2009 étaient diplômés en 2012 (n=52).

Source : archives manuscrites de l'IFSI A, consultées sur place.

L'IFSI A est situé en zone rurale, et sa capacité d'accueil est passée de 20 à 30 étudiants par année en 1992, pour s'élever à 40 en 2000 puis à 52 en 2009. Ici, et comme nous l'avons vu plus tôt, le pourcentage d'étudiants admis n'équivaut pas, en creux, au taux d'interruption de formation. Nous pouvons prendre trois promotions pour illustrer ce fait :

- La promotion 1992-1995 a accueilli 30 étudiants en première année et en a diplômé 27 ; avec cependant une seule interruption de formation, ainsi qu'une mutation dans un autre IFSI et un échec lors de la présentation du diplôme.
- La promotion 2007-2010 a accueilli 49 étudiants en première année et en a diplômé seulement 29. Il y a bien eu 17 interruptions (dix en première année, deux en deuxième année et cinq en troisième année), mais aussi cinq redoublements et deux reprises d'étude d'étudiants ayant précédemment interrompu leur formation.
- La promotion 2014-2017 a accueilli 52 étudiants en première année et en a diplômé 40. Il y a eu neuf interruptions de formation (cinq en première année, trois en deuxième année, une en troisième année), une reprise de formation ainsi qu'une

intégration de mutation en deuxième année. Trois redoublements et deux échecs au diplôme complètent la trajectoire de cette promotion.

Résumons les constats que nous pouvons tirer à l'appui de ces données. Nous voyons nettement que le décrochage, ou l'abandon, n'est pas un « phénomène » récent. Il a toujours existé, même dans des formations où on le suppose *a priori* peu présent, comme la formation en soins infirmiers. Nous constatons également que le décrochage s'entremêle à d'autres mouvements (redoublements et mutations, en termes d'intégration ou de sortie de la promotion), dont on ne peut présager la part sans descendre, à chaque fois, dans le détail des effectifs. Ajoutons que, les étudiants en soins infirmiers ayant la possibilité de reprendre leurs études suite à une interruption, nous n'avons pas de visibilité sur leur devenir à moyen terme. Nous en avons cependant quelques indices parcellaires, puisque lors de nos onze entretiens avec des formateurs et directeurs d'IFSI, la plupart ont mentionné plusieurs situations d'étudiants ayant repris leurs études (en IFSI ou dans d'autres filières) après une interruption de formation.

Pour cette enquête en IFSI, nous avons mené onze entretiens, avec une directrice, un directeur adjoint, sept formatrices et deux formateurs. Ces entretiens semi-directifs se sont déroulés entre novembre 2017 et janvier 2018. L'objectif était de recueillir les expériences des acteurs autour du décrochage, à travers les situations qu'ils pouvaient nous relater. Chaque entretien débutait invariablement par un questionnement sur l'existence du décrochage : était-ce quelque chose que l'enquêté avait déjà rencontré ou pas, est-ce qu'il le nommait ainsi ou autrement ? Et surtout, si ce « phénomène » existait pour lui, comment le définissait-il ? Ce faisant, nous avons pu observer si les représentations des acteurs de terrain étaient plutôt homogènes ou plutôt hétérogènes, sur la base des situations qu'ils pouvaient nous décrire.

Nous avons contacté trois IFSI, qui montraient un taux de réussite moindre. Nous avons seulement mentionné le cadre de notre recherche, comme portant sur « le décrochage des étudiants en soins infirmiers » : les trois IFSI ont d'emblée répondu positivement à notre sollicitation.

Le premier IFSI (A) est situé en zone rurale et comporte un effectif de 50 étudiants pour chaque promotion. L'équipe se compose de sept formateurs et d'une directrice : nous sommes d'abord entrée en contact avec cette dernière *via* le secrétariat de l'institut. Après

un exposé de notre démarche par téléphone, nous avons l'accord de la directrice, que nous avons enquêtée par entretien, ainsi qu'un formateur et deux formatrices de l'équipe. La directrice de l'IFSI A nous a également autorisée à accéder aux archives de l'institut, ce qui nous a permis d'extraire quelques statistiques que nous exposons plus bas.

Les second et troisième IFSI (B, contenant B1 et B2) sont tous deux rattachés à un centre hospitalier universitaire ; les effectifs par promotions sont de 177 et 142 étudiants. Nous sommes, là aussi, entrée en contact par le biais du secrétariat, puis nos échanges se sont déroulés par mail avec la direction. Nous avons pu recueillir quelques données statistiques, mais non suffisantes pour pouvoir établir une synthèse comparable à celle de l'IFSI A. Notons seulement que les interruptions de formation y existent, y sont dénombrées, et constituent un point de préoccupation pour le personnel pédagogique. Nous avons pu mener nos entretiens avec cinq formatrices, un formateur ainsi que le directeur adjoint.

Les onze entretiens se sont tous déroulés au sein des différents IFSI, à chaque fois dans le bureau de la personne enquêtée. De manière générale, notre initiative a été accueillie avec intérêt, et parfois de la curiosité et des interrogations. Les catégories de définition du décrochage que ces entretiens ont fait émerger nous ont permis de bâtir notre questionnaire, second volet de notre enquête.

Nous avons ensuite élargi notre enquête par un questionnaire, adressé à d'autres espaces du premier cycle d'enseignement supérieur. Ceci afin d'explorer les perceptions du décrochage dans ces autres milieux : les formations professionnalisantes dispensées dans les IUT, mais aussi dans le cursus licence universitaire en sciences humaines et sociales. Nous avons élaboré un questionnaire assez synthétique (que nous retrouvons en annexe 3.1.). Trois questions centrales y figurent : la définition du décrochage, ses raisons, et les leviers pour lutter contre. Deux questions plus génériques ont pour but de qualifier le décrochage ; d'une part comme un « phénomène » important ou peu important, inquiétant ou passager, et d'autre part comme quelque chose de plutôt positif ou plutôt négatif dans le parcours de l'étudiant. Nous avons également ajouté des questions sondant l'intérêt de l'enquêté pour le décrochage, ainsi que sa propre implication dans d'éventuelles actions de lutte contre.

La diffusion de ce questionnaire en IFSI, IUT et cursus licence universitaire s'est faite de mars à avril 2018, totalisant 78 réponses.

Notre échantillon comporte des femmes et des hommes à parts égales (soit 39 de chaque). Le tableau suivant présente la distribution de ces individus dans les trois types de structures.

Tableau 1 — Répartition des individus selon leur structure d'exercice

Structure	Effectifs	%
IFSI	24	30,77
IUT	45	57,69
Université	9	11,54
Total	78	100

Sur 78 individus, 45 exercent en IUT, soit 57,69 %, et 10 à l'Université, soit 12,82 %.

Une large majorité des répondants exerce en IUT, tandis qu'une minorité intervient à l'université. Plus précisément, notre échantillon est composé, en majorité, de Maîtres de conférences (MCU) et Professeurs agrégés (PRAG) ou Professeurs certifiés de l'enseignement supérieur (PRCE). Suivent ensuite les formateurs en IFSI. On y retrouve de manière plus minoritaire six individus occupant un poste de direction et six Professeurs d'université (PU) (cf. tableau I en annexe 3.3).

Nous avons également interrogé les participants sur les responsabilités pédagogiques dont ils ont la charge. La responsabilité la plus représentée est celle comprenant une ou plusieurs unités d'enseignement, avec 47,44 % des individus de notre échantillon (n=37). Ensuite, 17,95 % et 16,67 % de nos enquêtés qui ont respectivement la responsabilité d'une année de formation et d'une formation intégrale. Quatre individus déclarent n'avoir aucune responsabilité pédagogique. Les dix individus restants ont des responsabilités variées (par exemple, la responsabilité d'une structure, la coordination des stages, ou encore le recrutement Parcoursup ; cf. tableau II en annexe 3.3).

Nous avons également situé les répondants selon leur expérience. Nous avons distingué l'ancienneté générale de l'ancienneté au poste actuellement occupé. Il y a parmi les répondants un temps d'expérience assez hétérogène, avec cependant un pic entre dix et 20 ans de carrière contre une répartition privilégiée entre zéro et 20 ans au poste actuel. Peu d'individus dépassent les 30 ans d'expérience générale, et aucun n'occupe le même poste depuis tant d'années (cf. tableau III en annexe 3.3).

Notons que presque 86 % des individus (n=67) d'entre eux considèrent la formation dans laquelle ils interviennent comme « fortement professionnalisante », par opposition à la seconde réponse proposée : « faiblement professionnalisante » (n=11).

Nous garderons à l'esprit les différentes limites de notre enquête tout au long de l'analyse. Nos enquêtés par entretiens ainsi que les répondants au questionnaire sont peu nombreux, et évoluent dans différents milieux. Si l'enquête exploratoire par entretien nous a apporté des éléments très qualitatifs sur les conceptions du décrochage et les manières de faire avec, le questionnaire est une méthode d'enquête plus approximative. L'objet de ce travail est de porter un premier regard sur une fenêtre assez précise pour y déceler l'investissement et le sens donné au terme de décrochage.

1.2.2. Résultats des enquêtes exploratoires

Avant d'exposer les résultats de notre enquête par entretien et questionnaire dans l'enseignement supérieur, nous synthétisons nos premiers résultats d'enquête exploratoire dans le cadre de l'enseignement secondaire.

Ces résultats sont issus de notre recueil des 93 énoncés traitant du décrochage, dont nous avons brièvement décrit la méthodologie plus haut. À partir de ces 93 énoncés, nous avons circonscrit six catégories²², ainsi déclinées (CD pour « catégorie décrochage ») :

CD1 : référence à l'accompagnement, à la prévention, à l'orientation (ou plus largement à la trajectoire de l'élève) et à des dispositifs spécifiques.

CD2 : référence à des difficultés ou un échec scolaire, au projet (ou à son absence), à la confiance et l'estime de soi.

CD3 : référence à l'envie (la motivation), aux moyens, au comportement (absentéisme, actes, etc.) de l'élève.

CD4 : référence à un mal-être, à des troubles spécifiques, à l'identité de l'élève et à ses rapports aux pairs.

²² Nous avons d'abord tenté une catégorisation plus réduite, comportant trois catégories ; une première où le décrochage était évoqué par le prisme des actes de l'adolescent (absentéisme, comportement, etc.) ; une seconde où les énoncés étaient centrés sur les caractéristiques propres à la personne (sa personnalité, sa psychologie, etc.) ; une troisième où s'articulaient les caractéristiques et réactions de l'environnement (adultes, établissement, etc.). Nous n'avons pas conservé ce découpage, en raison d'une démarcation floue entre les deux premières catégories. En effet, les actes posés par l'adolescent (absentéisme, agressivité, passivité, etc.) étaient presque toujours reliés à une évocation de difficultés propres à l'individu. De surcroît, les dispositifs externes (prévention du décrochage, soutien psychologique, etc.) se retrouvant dans la troisième catégorie (l'environnement) étaient aussi régulièrement évoqués en termes très resserrés autour de l'individu concerné, dans la description de ses difficultés.

CD5 : facteurs externes à l'élève, en référence à sa famille, au contexte social (par exemple au chômage), en référence également à la vision des professeurs.

CD6 : référence à la législation, au règlement (règle, mais aussi signalement, convocation, rencontre avec l'équipe pédagogique). Évocation d'un « phénomène », parlé de manière générale/impersonnelle (toutes dimensions, même la santé, tant qu'elle est évoquée de manière générale).

Cette catégorisation rend plus fidèlement compte des régularités et des contrastes observés dans les 93 énoncés. Il est par exemple souvent évoqué le rapport au groupe de pairs en même temps que l'identité de l'élève, amenant quelquefois des considérations sur ce qui sous-tend les écarts de parcours (un mal-être, des troubles psychiques). Les difficultés scolaires sont fréquemment agglomérées à la question de l'échec ainsi qu'à un défaut de projection. Quant au comportement — d'absentéisme, de ne pas faire ses devoirs, etc. — il est ramené à la motivation, à l'envie et aux moyens dont disposent les adolescents. Il est également fréquent que les termes d'accompagnement et de prévention se corrélient avec la notion d'orientation ou de réorientation (choisie ou subie).

Nous avons ainsi codé les 93 énoncés, sachant qu'il n'a tout de même pas été possible de résorber la variabilité qu'ils contenaient : seulement 39 d'entre eux ne correspondaient qu'à une seule sous-catégorie. Nous retrouvons donc 54 énoncés investissant simultanément deux à quatre des sous-catégories, ce qui porte le total à 161. Notons que ce travail de catégorisation a seulement servi à esquisser une première image des diverses conceptions du décrochage. Une répartition synthétique figure dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2 — Répartition de l'investissement des six catégories de décrochage dans les 93 énoncés

	CD1	CD2	CD3	CD4	CD5	CD6	Total
Effectifs	32	14	28	23	28	36	161
%	19,88 %	8,70 %	17,39 %	14,29 %	17,39 %	22,36 %	100 %

Sur 161 investissements des catégories de décrochage, 28 font référence à des facteurs externes à l'élève.

La sous-catégorie faisant référence au règlement ou au « phénomène » de manière générale est la plus investie (22,36 %), tandis que celle mentionnant des difficultés scolaires ou l'estime de soi est minoritaire (8,70 %). Cependant, il n'y a pas un déséquilibre flagrant dans l'investissement de ces sous-catégories. Ces résultats d'enquête exploratoire indiquent ce à

quoi nous avons été confrontée tout le long de notre recherche : une extrême hétérogénéité de formes et de causes, sous un « phénomène » censé être homogène, c'est-à-dire bien défini.

Exposons à présent les résultats de notre enquête par entretien auprès de onze directeurs et formateurs en IFSI. Rappelons que notre question de départ était très ouverte, à savoir l'existence ou non du décrochage étudiant (de l'abandon, de l'échec, etc.), et si oui, quelle définition la personne pouvait en donner. Nous sommes restée centrée sur les pratiques des individus, en leur demandant constamment des exemples venant étayer (et parfois contredire) leurs propos, énoncés dans un premier temps de manière abstraite. Constatons un élément récurrent : presque tous nos enquêtés définissent le décrochage en faisant appel aux causes qu'ils lui supposent. Nous avons construit, à partir de ces contenus d'entretien et de leurs régularités discursives, quatorze catégories distinctes. Cette grille nous a permis de conserver un regard sur les sept catégories les moins investies (en italique dans le tableau ci-dessous) — dont trois sont l'objet d'une mention exclusive (en grisé dans le tableau ci-dessous).

Tableau 3 — Catégories de décrochage selon les contenus d'entretien

Catégories	Contenu
Famille	Problèmes ou contraintes familiales
<i>Formation continue</i>	<i>Étudiants en formation continue et reconversion</i>
<i>Féminin</i>	<i>Part de féminin, maternelle de la profession infirmière</i>
<i>Finances</i>	<i>Difficultés financières et matérielles</i>
<i>Implication</i>	<i>Niveau d'implication dans la formation (excès ou défaut)</i>
<i>Maladie</i>	<i>Maladies somatiques graves</i>
<i>Maturité</i>	<i>Question de maturité, de temporalité</i>
Orientation	Orientation, réorientation, notion de projet
Psychologique	Mal-être, stress, immaturité, difficultés d'attention
Responsabilités	Responsabilités et exigences de la profession infirmière
Réalité/stage	Réalité du terrain, écart représentations-réalité
Système	Système qui permet les interruptions, les rattrapages
Théorie	Difficultés théoriques et d'analyse, rattrapages, échec
<i>TSLA</i>	<i>Troubles spécifiques du langage et des apprentissages</i>

Nota bene : nous retrouvons ces catégories détaillées dans le dictionnaire des variables, en annexe 2.2.

Ce découpage nous a permis d'objectiver une certaine dispersion de l'appréhension du décrochage, que nous allons détailler. Au total, quatre de nos enquêtés²³ nous ont interrogée sur notre propre définition du décrochage, en nous renvoyant la première question que nous leur posions. Ce besoin de s'assurer que nous parlons bien de la même chose montre le potentiel polysémique du « décrochage », comme en témoigne le début de l'entretien avec un formateur de l'IFSI A :

« qu'est-ce que c'est que le décrochage ? Du point de vue du formateur, du point de vue de l'étudiant lui-même, du point de vue de notre système ?! Le système prévoit que les gens puissent s'arrêter, revenir, repartir... à partir de quand allons-nous dire que c'est un décrochage ? » (AF1 : l. 164-167)

Une formatrice de l'IFSI B appuie la nuance avec les processus de mutation, où l'étudiant change simplement d'institut :

« un décrochage, ça peut être lié à plusieurs choses. Parce que, qu'est-ce qu'on met sous le décrochage : est-ce que c'est quelqu'un qui quitte l'IFSI, ou quelqu'un qui quitte la formation ? Parce qu'il y a deux choses différentes. [...] Celui qui quitte l'IFSI, c'est peut-être celui qui veut être muté dans un autre. Donc celui-là, pour moi il ne décroche pas. Voilà, donc je préférerais redéfinir le décrochage. » (BF3 : l. 52-57)

Ce besoin de s'assurer que l'on parle bien de la même chose (alors que nos enquêtés parlent tous de choses différentes sous le même terme) montre toute la polysémie du décrochage. Une autre formatrice de l'IFSI A cite que toutes les interruptions de formation ne relèvent pas du décrochage, puisque ce dernier est, selon elle, exclusivement pédagogique :

« ça dépend si c'est au niveau pédagogique ou au niveau problèmes annexes [...] il y a pas mal d'étudiants qui font des interruptions, je ne suis pas sûre que ce soit du décrochage. Parce qu'une interruption, ça peut être pour plein d'autres raisons [...] Pour moi le décrochage c'est plutôt scolaire, à cause de la pédagogie ou à cause de difficultés de compréhension, de niveau » (AF3 : l. 37-42)

Cette conception va à l'encontre de celle formulée par une formatrice de l'IFSI B, pour qui le décrochage peut relever d'une multitude de problématiques :

« il y a des gens qui ont des problèmes intellectuels, il y a des gens qui ont des problèmes pratiques, d'organisation [...] on a aussi des gens qui arrivent qui sortent du lycée, qui se sont peu confrontés, à la vie pratique, ils arrivent quelquefois, même s'il y a la sélection, ils en avaient une idée assez floue... » (BF1 : l. 250-253)

²³ Ces quatre enquêtés sont identifiés de la manière suivante : AF1, et AF3, deux formateurs appartenant à l'IFSI A ; BF1 et BF3, deux formatrices appartenant à l'IFSI B.

Pour ce formateur de l'IFSI B, il s'agit plutôt d'un changement de projet, ou autrement dit, d'une inadéquation entre la finalité de la formation et le désir — ou la capacité — de la personne :

« Décrochage, c'est vraiment la personne qui change de projet en cours quoi. C'est-à-dire qu'à un moment elle décroche, parce que la finalité de sa formation elle la voit plus [...] “ finalement je ne veux pas faire ça ”. Pour moi c'est quelqu'un qui décroche. Ou alors soit je veux plus faire ça, soit je sens que je ne suis plus capable de le faire ; les deux. » (BF5 : l. 275-279)

Deux formatrices du même IFSI, avec chacune une vingtaine d'années d'expérience, nous font part de leurs deux perceptions différentes au sujet de l'évolution et des raisons du décrochage des étudiants en soins infirmiers :

« Avant, il y en avait un ou deux dans une promotion qui s'arrêtaient, et souvent c'était une erreur d'orientation. Ils se rendaient compte, c'était souvent après le premier stage [...] ce n'est pas ça que je veux faire. Et là je trouve que, ils s'arrêtent un petit peu plus tard [...] certains ont des difficultés, mais d'autres se disent : “ non c'est pas ça ”, aussi, mais en deuxième année, c'est tard. Si vous voulez la différence, alors ils sont plus nombreux, et je trouve qu'ils s'arrêtent plus tard. » (BF4 : l. 158-165)

« [le décrochage] a toujours existé, j'ai envie de dire. Alors je ne sais pas, il faudrait s'entendre aussi sur qu'est-ce que c'est pour vous le décrochage, ou qu'est-ce que vous mettez sous ce terme-là. » (BF1 : l. 48-50)

À la lumière de ces extraits, il est clair que le décrochage ne signifie pas la même chose pour tous les formateurs en IFSI. La perception de ce « phénomène²⁴ » est tout d'abord plus ou moins aiguë. Certains formateurs mettent en doute sa consistance, voire son existence (AF1 et BF4, par exemple). D'autres formateurs en donnent une définition très large, comprenant beaucoup de facteurs explicatifs ; tandis que leurs collègues cantonnent la nature de ce « phénomène » à une ou deux dimensions seulement.

Nous observons ainsi que, très souvent, dans la recherche d'une définition, les individus en viennent rapidement à qualifier les causalités de ce qui est (ou n'est pas) du décrochage, selon eux. Ce faisant, ils rabattent la nature du « phénomène » tel qu'ils l'entendent sur une étiologie : le décrochage est alors perçu en aval, comme une conséquence. Cette manière d'argumenter une définition du décrochage, par ses causes, n'est pas sans rappeler la structure de la plupart des travaux scientifiques autour de ce « phénomène ». Prenons pour

²⁴ Nous mettons des guillemets à ce terme puisque nous concluons, à partir de la manière dont les acteurs en parlent, et donc de ses formes d'existence extrêmement variées, que le décrochage n'existe pas.

exemple l'ouvrage de Bernard (2015a) publié dans la collection « Que sais-je » sur le sujet, maillé d'hypothèses causales, dans la description du décrochage en tant que situation ou en tant que processus. L'auteur y décrit notamment l'approche par facteurs de risques, dont les deux centraux sont les facteurs socio-économiques et l'expérience scolaire (*ibid.* : 71-72). Toutefois, il souligne le risque de confondre le problème avec son symptôme (*id.* : 15). Il n'est ainsi pas aisé de départager le décrochage (une situation, un acte) d'avec ses manifestations (en termes de facteurs de risque), ses causes (les raisons qui ont fait qu'à un moment, il y a eu interruption) ainsi que ses éventuelles conséquences.

Nous pourrions penser que le fait d'exercer dans un petit institut comme l'IFSI A, avec une équipe de formateurs resserrée et des promotions d'une cinquantaine d'étudiants, puisse favoriser une certaine harmonie dans les représentations des formateurs. Il n'en est rien. Nous avons pu observer des différences notables — voire des contradictions — entre les trois formateurs enquêtés ainsi que la directrice de cet institut. Nous l'avons vu plus haut, le premier formateur interrogé (AF1), interrogeait au début de l'entretien la définition du terme de décrochage ainsi que sa délimitation dans un système permettant les interruptions de formation. Dans la seconde partie de l'entretien, il nous a donné accès à ce que lui mettait vraiment sous le signifiant « décrochage », avec d'abord l'évocation de problèmes personnels (familiaux ou matériels) :

« l'étudiant doit aussi être en formation, et s'occuper de ses parents, et travailler le week-end pour trouver des moyens pour vivre : tout ça c'est donc, les causes ou les facteurs qui peuvent conduire un étudiant au décrochage. » (AF1 : l. 302-304)

Et de manière bien plus centrale, des difficultés d'apprentissage :

« Le cœur du problème — ou un autre aspect du problème — c'est celui des étudiants qui n'ont pas les capacités suffisantes pour apprendre. Et on veut toujours les garder dans le système alors qu'ils n'ont pas toutes les capacités pour apprendre. » (AF1 : l. 442-444)

« Parce qu'il y en a qui décrochent parce que c'est difficile ! Y'en a qui décrochent parce qu'ils accumulent des rattrapages. » (AF1 : l. 473-474)

Une seconde formatrice l'IFSI A situe le décrochage principalement par rapport à des difficultés financières :

« [il y a du] Décrochage, par rapport à l'aspect financier. [...] des jeunes gens qui sont reçus au concours, et qui décrochent [...] parce que [...] financièrement ils sont dans des changements,

des évolutions personnelles, donc ils n'ont plus les moyens de subvenir à leur formation, en termes de loyer, alimentation, donc, ils font parfois le choix d'être aides-soignants [...] ça c'est une des principales raisons d'interruption, de décrochage des études. » (AF2 : l. 75-93)

Elle évoque également une certaine immaturité des jeunes étudiants, pouvant les mener au décrochage :

« [le] décrochage en première année, ce sont ceux qui ne se sentent pas assez mûrs, pour absorber le travail, et [...] parce que la réalité du terrain n'est pas la même que leur représentation du soignant dans les services, et, alors ils peuvent décrocher » (AF2 : l. 158-161)

La troisième formatrice de cet IFSI vient contredire les deux discours précédents par rapport aux problèmes financiers, qui, selon elle, ne sont absolument pas source de décrochage (en faisant référence à son précédent lieu d'exercice, dans une zone qu'elle décrit comme beaucoup plus défavorisée) :

« Ici ils sont 50 % de la promotion être financés par pôle emploi, et ils ont quand même 600 € par mois, souvent leurs parents plus des indemnités de stage et des indemnités de déplacement. Donc, qu'ils aient des difficultés sociales, je veux bien, mais moi ceux que j'ai connus, ils n'avaient ni pôle emploi, ni leurs parents [...] Et malgré tout, c'est pas pour ça qu'ils arrêtaient plus. Donc, invoquer ces difficultés, je trouve ça un peu... ça me met toujours un peu mal à l'aise, on va dire. » (AF3 : l. 69-76)

Elle amène également une nuance de taille par rapport aux difficultés théoriques pouvant être rencontrées :

« Et puis il y en a qui font exprès aussi [...] pour moi c'est un autre sujet, mais pour vous peut-être que ça fait partie de ce que vous imaginez, de votre conception du décrochage, on va dire, mais y'a des étudiants qui font tout pour pas y arriver aussi. Des étudiants qui, volontairement, se mettent en échec [...] pour que la sanction ça soit nous qui la prenons, et pas eux. » (AF3 : l. 371-376)

En effet, elle situe pour sa part ces difficultés théoriques essentiellement sur le versant du handicap. Nous n'en donnons ici qu'un bref aperçu, mais notre entretien fut essentiellement centré autour de cela, avec une déclinaison des dispositifs d'aide (usage d'un ordinateur, tiers-temps aux examens, etc.) pouvant être mis en place :

« Le décrochage, c'est aussi beaucoup par rapport à la valorisation, par rapport à tous les problèmes de handicap, tous les dys-quelque-chose, là. Dyslexique, dyspraxique, dysorthographique, dyscalculique » (AF3 : l. 443-445)

La directrice de cet IFSI — qui ne dispense pas d'enseignement mais reçoit individuellement chacun des étudiants souhaitant interrompre sa formation — hiérarchise pour sa part trois causes au décrochage des étudiants : en premier lieu viennent des « *problèmes psychologiques* » (elle précise que les formateurs orientent beaucoup ces étudiants vers des suivis psychologiques ou psychiatriques externalisés) :

« on a des étudiants qui arrêtent, qui ont des problèmes psychologiques, moi je trouve de plus en plus » (AD : l. 45-46)

« beaucoup plus de fragilités psychologiques, émotionnelles, beaucoup plus de difficultés à gérer les émotions » (AD : l. 396-397)

En second lieu, elle évoque les problèmes financiers : « *quand il n'arrive plus à faire face parce que les parents ne lui financent pas* » (AD : l. 51-52). Et amène une nuance de taille par rapport aux difficultés pédagogiques citées par son équipe : « *je mettrais les problèmes scolaires quasiment en dernière position [par rapport au décrochage]* » (AD : l. 47-48).

Nous voyons ainsi très clairement qu'à l'échelle d'une même structure, les conceptions et définitions de ce qu'est le décrochage peuvent varier. Ce alors même que la taille de la structure et le petit nombre de formateurs pourraient laisser penser une relative homogénéité dans la définition de ce « phénomène », par le partage d'une culture d'équipe.

Malgré cela, de tous ces discours semble se dégager un certain consensus autour de la notion de confrontation avec la réalité des soins infirmiers. Plus précisément, par rapport à l'effet que cette rencontre peut provoquer chez les étudiants, en termes de doute, et parfois d'interruption de formation. Les stages constituent 2100 heures sur les trois années de formation en soins infirmiers, et occasionnent très tôt une rencontre de la maladie et de la mort, dans une relation rapprochée avec les patients. D'autant qu'il est d'emblée exigé des étudiants qu'ils endossent le rôle soignant, ce qui leur demande l'apprentissage rapide d'une organisation rigoureuse, et comporte inévitablement une part d'impuissance face à la détresse d'autrui. Ces paramètres peuvent, selon nos enquêtés, provoquer un décrochage. Le directeur adjoint de l'IFSI B, ainsi qu'une de ses formatrices, situent la majorité des décrochages comme ayant à voir avec des difficultés en stage :

« On a peu d'étudiants, en fait, pour qui ça se passe bien dans le stage [...] pour qui [...] au niveau théorique ce serait plus dur, qui interrompent. Alors qu'inversement oui, un étudiant qui a des résultats théoriques satisfaisants et pour qui en stage ça se passe mal va plus facilement interrompre. » (BD : l. 104-108)

« Par exemple sur la session de juillet, en 2016 [...] On a dix étudiants ajournés. [...] il y en a sept sur dix qui ont été ajournés, en gros, pour le stage. » (BD : l. 247-252)

« [lorsque les étudiants interrompent leur formation] souvent, c'est par rapport au stage, quand ils ont des problématiques en stage [...] dans la prise d'initiative, ils restent en retrait. Dans l'organisation des soins, ils n'arrivent pas, c'est trop lourd, c'est trop difficile, ils sont en début de troisième année encore avec trois patients [...] au lieu de passer à cinq, six, huit, dix... ils ne dépassent pas. » (BF3 : l. 156-165)

Une autre formatrice de l'IFSI B et une formatrice de l'IFSI A relient le décrochage avec la confrontation à la « réalité du terrain » :

« Il y en a qui s'arrêtent dès la première année. [...] ils ont fait leur premier stage, ils arrêtent : ils se rendent compte que c'est pas ça qu'ils ont envie de faire, que ça ne correspond pas à l'idée qu'ils avaient du métier. Donc c'est très bien, qu'ils arrêtent maintenant. » (BF6 : l. 396-400)

« La confrontation avec l'humain, la découverte de l'humain, de la maladie, de la mort [...] c'est là : "est-ce que je vais y arriver" ; « Ils se demandent : "est-ce que j'ai vraiment envie de faire ça ?" » (AF2 : l. 605-607 ; l. 612)

Un formateur de l'IFSI B exemplifie la brutalité potentielle de la rencontre avec la maladie, et ajoute l'effet potentiel de la prise de conscience d'une certaine impuissance, en endossant le rôle d'infirmier :

« j'ai encore une étudiante que j'étais allé voir en stage [...] elle me disait : " mais c'est atroce, je rencontre des gens qui passent leur vie dans un fauteuil à trembler, pas pouvoir parler, enfermés dans leur corps là, qui font rien. " Qui sont handicapés moteurs et cérébraux. Elle me dit " mais c'est pas une vie, et je savais pas que ça existait. Qu'on peut être handicapé à ce point ", elle me dit " c'est pas une vie, c'est pas normal, c'est insoutenable " » (BF5 : l. 536-542)

« quand on veut être quelqu'un qui guérit tout le monde, on prend assez mal de se rendre compte [...] [que] l'infirmier est quand même dans un métier d'accompagnement, et souvent qu'il est assez impuissant. [...] on est beaucoup plus dans le *care*, dans le soin, l'accompagnement, le palliatif [...] c'est vraiment cette histoire de marcher à côté [...] des fois ne pas pouvoir guider l'autre, et l'accompagner dans son choix à lui, et à pas projeter ses propres désirs, mais il y a plein de choses comme ça qu'on travaille avec eux qui, qu'ils doivent prendre conscience sinon c'est, ils vont un petit peu dans le mur, quoi. » (BF5 : l. 188-201)

Une formatrice de l'IFSI B cite l'exemple d'une étudiante, pour qui l'impression de prédominance des actes techniques sur la dimension relationnelle fut trop difficile à supporter :

« Une étudiante qui arrivait de [nom autre région] [...] avec un désir de devenir infirmière [...] Au niveau théorique, ça lui a demandé beaucoup de travail personnel, mais on sentait vraiment une régularité, un engagement, un désir de réussite [...] sur le terrain, ce qui lui semblait très violent, c'est qu'elle pensait que l'infirmière ne faisait pas tout ce qu'elle aurait dû faire. Et donc, lorsque la technique prend le pas sur la dimension relationnelle, l'étudiante ne se sentait pas

d'accord » ; « elle a interrompu elle-même sa formation, au regard de ce vécu, et elle est partie sur d'autres orientations » (BF2 : l. 261-274 ; l. 287-288).

Pour une autre de ses collègues, la conjoncture économique a aussi à voir avec le risque de décrochage, puisqu'elle conditionne l'accueil et l'accompagnement de l'étudiant en stage :

« l'environnement est très dur actuellement [...] les professionnels sont aussi moins disponibles [...] lié aux contraintes économiques [...] on a vu diminuer les effectifs partout » ; « je trouve pas que ce soit très structurant, ni très sécurisant, pour en plus accueillir des stagiaires » (BF1 : l. 279-285 ; 302-303)

Selon ce formateur de l'IFSI A, il y a des étudiants que la réalité du travail infirmier rend « *malades* » eux-mêmes :

« elle se trouvait paralysée par la réalité du travail, la charge de travail [...] ça la rendait malade. Il fallait qu'elle retourne voir son médecin, qu'il lui prescrive [...] des anxiolytiques. [...] l'étudiante n'a pas poursuivi sa formation. Elle a pris une année de report. [...] elle est revenue pour réintégrer sa formation, mais elle n'est pas revenue dans le même IFSI. » (AF1 : l. 125-131)

Nous percevons donc une jonction entre les différents discours sur cette dimension des stages. En effet, une certaine homogénéité des représentations des acteurs se forme autour de ce qui constitue la spécificité de la formation en soins infirmiers, à savoir une rencontre bien particulière de la réalité, celle de la maladie et de la mort. Cette rencontre, parfois brutale, s'assimile chez Davis au passage de l'« *innocence initiale* » à la « *conscience d'incongruité* ». C'est-à-dire au trouble provoqué chez le futur infirmier, encore « *profane* », par sa prise de conscience que la profession n'est pas exactement ce qu'il attendait, qu'elle ne correspond pas aux catégories stéréotypées (comme le dévouement, l'altruisme, la disponibilité, etc.) de son « *innocence initiale* ». L'auteur décrit le cheminement jalonné de plusieurs étapes, entre le « *déclat* » (« *psyching out* ») qui peut succéder à l'incongruité et l'« *intérieurisation stable* », soit l'installation dans le rôle professionnel. Ceci s'effectue selon lui avec un refoulement stabilisé du « *moi profane* », celui-là même qui est à l'origine de l'incongruité ressentie dans un premier temps (Davis, 1966). Ainsi, les obstacles à cette « *conversion doctrinale* » infirmière peuvent être situés à ce moment de prise de conscience d'une certaine incongruité, provoquée par la confrontation avec une réalité souvent désenchantée, lors des premiers stages. Ces constats rejoignent ceux de plusieurs articles traitant du décrochage des étudiants en soins infirmiers. En conséquence, étaient évoquées

des conditions à l'amélioration possible de l'expérience de stage, car les étudiants exprimaient souvent un défaut d'encadrement (Alliot *et al.*, 2008 ; Estry-Behar *et al.*, 2010 ; Van-Rechem *et al.*, 2009). Nous percevons également cela à travers les dires de nos enquêtés, où la réalité des stages en soins infirmiers admet non seulement l'omniprésence de la maladie et de la mort, mais aussi des équipes de soins qui fonctionnent à flux tendus, n'ayant pas forcément le temps de suivre et d'encadrer leurs stagiaires. C'est dans ce contexte plus global qu'il est exigé de l'étudiant qu'il prenne une place auprès des patients et dans l'équipe, souvent dès les premiers jours de stages, qui interviennent très tôt dans son cursus (trois à cinq semaines après l'entrée en formation, selon les instituts). Certains étudiants resteraient ainsi dans cette dimension inconfortable d'incongruité, que les formateurs décrivent en faisant état du malaise de certains étudiants face à la pratique des soins. Le « *décliv* » nécessaire à l'enclenchement du processus d'intériorisation du « *moi professionnel* » n'aurait donc pas lieu, provoquant un départ — plus ou moins définitif, précisons-le — de la formation. Certains de nos enquêtés préconisent d'ailleurs que l'étudiant puisse, en ayant validé sa première année, exercer quelque temps en qualité d'aide-soignant afin de prolonger cette confrontation à la réalité pour, peut-être, modifier ou dépasser ce rapport d'incongruité.

S'il y a, à ce sujet, une certaine homogénéité des discours des formateurs, cette perception n'est aucunement transférable à d'autres formations, comme celles dispensées en IUT ou en cursus licence. En effet, ces récurrences dans la perception des causes du décrochage ne sont valables que dans le monde social que constitue la formation en soins infirmiers, avec toutes les spécificités que nous lui connaissons. Autrement dit, ce qui fait explication pour une partie des représentations du décrochage dans les IFSI ne saurait être conçu comme général et abstrait de son contexte. Nous développerons cette idée dans la partie suivante, avec l'élargissement de notre recherche.

Revenons à présent aux différences entre les discours. Intéressons-nous au sens que peuvent recouvrir ces écarts dans les perceptions des formateurs au sujet du décrochage. Notre hypothèse à ce sujet est la suivante : le décrochage, sur le terrain, serait un concept « *amphibie* » au sens de Leibniz (Dumoncel, 1991 : 145), c'est-à-dire pouvant prendre vie et survivre dans différents milieux. Wittgenstein distingue la « *physionomie* » d'un mot, qui serait en quelque sorte sa coquille, comme « *l'empreinte d'un moule* », d'avec la manière

dont peut être perçu ou employé ce mot. Il décrit comme cette manière, cette « *façon particulière* » peut être insaisissable, indescriptible :

« Je dirais volontiers que les mots que je prononce en lisant se présentent à mon esprit d'une façon particulière ; et que je ne vois pas les mots de ma lecture du même regard que je verrais des signes privés de sens : mais dans le même temps, je me trouve incapable d'indiquer ce que peut être cette « façon particulière » ou de la saisir. » (Wittgenstein, 1998 : § 18, 299-300)

Si l'on ne peut ainsi mettre des mots sur une « *façon particulière* » d'entendre un mot, de percevoir une scène, il y a des conséquences sur ce qu'on peut — ou ne peut pas — en transmettre aux autres, dans l'idée de partager ce « *voir comme* », toujours au sens wittgensteinien. Or, le « *moule* » de ce mot est ce qui permet de l'élever « à un niveau extrême de généralité, celui où "l'objet" devient un objet quelconque », autrement dit, où il est réduit à sa « *physionomie* », reconnaissable par tous. Aussi, le « *décrochage* » ne serait-il pas un de ces signifiants dont les contours prévalent, un concept assez général pour être polysémique et recouvrir, comme nous venons de le voir, de multiples « *façons particulières* » de le percevoir (Dumoncel, 1991 : 148) ?

Si nous retenons cette hypothèse, il nous faut considérer, au-delà de la perception du terme même, l'investissement qui en est fait, dans les pratiques. En effet, nous avons pu avoir un aperçu des définitions hétéroclites — et, en conséquence, des « traitements » extrêmement divers du décrochage au sein de l'IFSI A. Tout se passe comme si le « décrochage » venait faire fonction d'empreinte, de coquille vide, comme support aux convictions et idéaux pédagogiques des formateurs, tous très variés et se traduisant de manière éclectique dans leurs pratiques. Effectivement, certains formateurs se centrent sur la nécessité d'un soutien pédagogique particulièrement suivi, d'autres sur la prise en charge d'un handicap, d'autres encore sur un accompagnement psychologique externalisé ou la mise en place de prises en charge financières, et ainsi de suite. Nous avons vu plus haut qu'il est commun, dans les différents ouvrages traitant du décrochage, de lire que ce dernier est un « phénomène » polymorphe, aux causes plurielles. Nous pouvons ajouter à cela que les perceptions mêmes d'une situation, comme relevant d'un décrochage ou non, peuvent différer, d'un formateur à l'autre, dans un même IFSI. Nous pouvons reprendre l'exemple d'une formatrice (AF2) considérant que les difficultés financières sont centrales dans les causes du décrochage, tandis qu'une de ses collègues (AF3) relativise fortement ce type de difficulté chez les étudiants de cet IFSI tout en affirmant que, pour elle, cela ne procède pas d'un processus de

décrochage. Chaque formateur énonce ainsi ce qu'il tient pour vrai, et que nous entendons comme tel, tant du côté du formateur convaincu que le décrochage est essentiellement soutenu par un manque de capacités et de compréhension (AF1) que de celui de la directrice qui place pour sa part ce type de difficultés en « *dernière position* ». Ces postures contrastées semblent bien révéler les idéaux pédagogiques de chaque formateur, c'est-à-dire ce qui fait support à leur pratique au quotidien, jouant ce rôle de mise en sens des situations pédagogiques et de leur propre rôle dans les interactions avec les étudiants.

Résumons ce que nous pouvons retenir de l'analyse de ces entretiens. Il apparaît d'abord que les formateurs et directeurs d'IFSI ont une perception étayée du décrochage, malgré toutes les caractéristiques de cette formation courte, professionnalisante, débouchant sur un métier qu'on se représente plutôt aisément, et avec un faible taux de chômage. Le décrochage consiste dans les discours des encadrants pédagogiques de manière très polysémique, avec des perceptions disparates, voire contradictoires, pour s'incarner ensuite dans des pratiques dissemblables. Une grande variabilité est observée tant dans le rattachement du décrochage à telle ou telle catégorie (difficultés psychologiques, théoriques, financières, etc.) ; mais également à l'intérieur même d'une catégorie sollicitée, qui n'est pas entendue de la même manière pour tous les formateurs.

Une telle hétérogénéité ne pouvait que nous encourager à poursuivre notre exploration de la perception du décrochage dans d'autres milieux de formation. Nous allons dans la partie qui suit exposer les résultats de cette ouverture de notre questionnement à d'autres formations de l'enseignement supérieur.

1.2.3. Résultats de l'enquête par questionnaire

Nous allons présenter les principaux résultats de l'enquête par questionnaire (consultable en annexe 3.1.).

Tout d'abord, les répondants nourrissent-ils un intérêt pour le décrochage ? Et si oui, sont-ils impliqués dans des actions pour le réduire ? Dans le tableau ci-dessous figurent l'intérêt des répondants pour la problématique du décrochage et leur investissement dans une action de lutte contre ce « phénomène ».

Tableau 4 — Tri croisé de l'intérêt des répondants pour le décrochage et de leur implication dans une action de lutte contre

	Intérêt +	Intérêt -	Total
Action +	23	24	47
Action -	13	18	31
Total	36	42	78

42 individus déclarent ne pas nourrir un intérêt particulier pour le décrochage, cependant, 24 d'entre eux sont impliqués dans une action de lutte contre le décrochage.

Étonnamment, on n'enregistre aucun lien significatif entre l'intérêt des individus et leurs actions contre le décrochage ($\chi^2 = 0,369$). Une petite majorité de nos enquêtés (n=42) déclarent ne pas nourrir d'intérêt particulier pour la question du décrochage étudiant (soit 53,85 %), tandis que 47 individus sont effectivement impliqués dans une action de lutte contre le décrochage (soit 60 %). Dans le croisement de ces deux questions, nous observons que 24 des enquêtés qui ne sont pas intéressés par cette question sont tout de même impliqués dans une action (soit 30,77 %). Nous pouvons marquer un étonnement sur ce paradoxe : pourquoi tant d'individus s'impliquent-ils effectivement dans une action de lutte contre le décrochage, tout en se déclarant indifférents à cette problématique ? L'hypothèse que nous proposons est la suivante : les actions de lutte contre le décrochage sont impulsées par l'institution, en relais des prescriptions politiques. Nous pouvons supposer que ces actions ne trouvent pas un écho unanime auprès des acteurs qui les mettent en place²⁵. Nous l'avons vu dans nos entretiens : les formateurs en IFSI sont nombreux à d'abord se questionner sur ce qu'est exactement le décrochage, et cherchent à comprendre la définition que pourrait en donner leur interlocutrice.

Nous avons interrogé les acteurs sur leur perception plutôt positive, neutre ou négative du décrochage (cf. tableau IV en annexe 3.3.). Seulement la moitié des répondants considèrent le décrochage comme une chose plutôt négative dans le parcours de l'étudiant, tandis qu'un tiers d'entre eux le perçoivent de manière neutre. Il est notable que la moitié ne se rallient pas à une perception négative du décrochage, avec un répondant sur trois le percevant comme plutôt positif dans le parcours de l'étudiant. Ces résultats, issus de l'expérience des

²⁵ Ce résultat est convergent avec la thèse de Christophe Delavergne (en cours) sur les injonctions au travail collaboratif.

enseignants et formateurs exerçant au plus près des étudiants, apportent une nuance — à leur échelle — aux constats alarmants énoncés à un niveau macroscopique et politique.

Nous allons maintenant résumer l'analyse des réponses à deux questions visant à définir le décrochage (« DEF »), en donner les principales raisons (« RAIS »). Pour ces deux questions, 69 des répondants ont livré trois termes²⁶.

Pour ce qui est de la définition du décrochage, nous avons recueilli 222 termes, dont huit que nous n'avons pu faire correspondre à aucune des catégories délimitées²⁷. À chaque terme nous avons attribué une catégorie. Nous retrouvons donc 214 mots répartis en neuf catégories dont nous donnons ici un descriptif :

- **DEF1** : « *social* » ; ex. : isolement, conditions de vie, problèmes/contraintes familiales/sociales, etc.
- **DEF2** : « *finances* » ; difficultés financières et matérielles.
- **DEF3** : « *implication* » ; ex. : démotivation, ennui, passivité, etc.
- **DEF4** : « *orientation et projet* » ; ex. : orientation, réorientation, sans projet, etc.
- **DEF5** : « *psychologique* » ; ex. : mal-être, immaturité, difficultés de concentration et d'attention, stress, baisse estime de soi, etc.
- **DEF6** : « *réalité* » ; ex. : difficultés sur les terrains de stage, écart réalité-représentation, inadaptation, etc.
- **DEF7** : « *accompagnement* » ; accompagnement et aide pédagogique.
- **DEF8** : « *théorie* » ; ex. : difficultés théoriques, rattrapages multiples, échec, etc.
- **DEF9** : « *interruption* » ; ex. : absences, abandon, rupture, etc.

Six de ces neuf catégories totalisent 207 occurrences²⁸ (soit 96,73 %), nous en représentons la répartition dans le tableau ci-dessous.

²⁶ Pour « DEF », 69 répondants sur 78 ont donné 3 mots, 6 ont donné 2 mots et 3 ont donné 1 mot. Pour « RAIS » 69 ont donné 3 mots, 8 ont donné 2 mots et 1 a donné 1 mot.

²⁷ À titre d'exemple, parmi ces mots figurent « *éloignement* », « *risque* » ou encore « *bétail* ». Si ce dernier mot se situe clairement en dehors de toute catégorie, les autres comportent un sens si général qu'on ne peut savoir à quoi l'individu les rattache. Par exemple, le mot « *éloignement* » peut être entendu au sens d'un éloignement de la famille, ou des savoirs dispensés, ou encore de la réalité du monde du travail.

²⁸ Nous avons exclu de ce tableau trois catégories faisant référence aux difficultés financières (DEF2, n=1), à la réalité du terrain (DEF6, n=4) et à l'accompagnement pédagogique (DEF7, n=2), représentant de manière cumulée 3,27 % du total des occurrences.

Tableau 5 — Tri à plat des termes de définition principaux

	DEF1	DEF3	DEF4	DEF5	DEF8	DEF9	Sous-total	Total DEF
Occurr.	5	58	23	25	38	58	207	214
%	2,34	27,10	10,75	11,68	17,76	27,10	96,73	100

Les mots correspondant aux catégories « implication » (DEF3) et « interruption » (DEF9) sont chacun mentionnés 58 fois pour totaliser 27,1 % (x2) de l'ensemble des occurrences. Les termes correspondant à la variable « psychologique » (DEF5) sont mentionnés 25 fois et correspondent à 11,68 % de l'ensemble des occurrences.

Nous retrouvons ici encore une dispersion dans la définition du décrochage. Les dimensions d'implication (« DEF3 ») et d'interruption (« DEF9 ») rassemblent 54,2 % des individus. Les difficultés théoriques (« DEF8 ») ainsi que psychologiques (« DEF5 ») tiennent également une bonne place, aux côtés de la notion d'orientation (« DEF4 »).

Notons que très peu d'individus (n=8) n'ont sollicité qu'une seule catégorie pour définir le décrochage (cf. tableau V en annexe 3.3.). Il n'y a pas de profil type de ces individus, même si l'on remarque que ce sont plus des formateurs en IFSI (n=7). Sur ces huit répondants, quatre²⁹ ont centré leurs trois termes de définition dans la catégorie « *interruption* » (« DEF9 »). En considérant leurs réponses au questionnaire de manière globale, aucun de ces individus ne présente de similitudes³⁰.

Du côté des raisons du décrochage, nous avons délimité huit catégories, dont voici le détail :

- **RAIS1** : « *social et finances* » ; ex. : isolement, conditions de vie, problèmes/contraintes familiales/sociales, difficultés financières, etc.
- **RAIS2** : « *implication* » ; ex/ : démotivation, ennui, découragement, etc.
- **RAIS3** : « *orientation et projet* » ; ex. : orientation, réorientation, projet.
- **RAIS4** : « *psychologique* » ; ex. : mal-être, stress, baisse estime de soi, immaturité, difficultés de concentration et d'attention.
- **RAIS5** : « *réalité, responsabilités et sens* » ; ex. : responsabilités/exigences professionnelles, contact avec la réalité du terrain, difficultés sur les terrains de stage, manque de sens à la formation, dévalorisation de la formation/l'insertion.
- **RAIS6** : « *accompagnement et information* » ; ex. : aide/accompagnement pédagogique, manque d'information par rapport à la formation, au contenu, etc.

²⁹ Un homme et trois femmes.

³⁰ Ils ont notamment chacun investi des catégories différentes à la question des raisons du décrochage.

- **RAIS7** : « *théorie* » ; ex. : difficultés théoriques, rattrapages multiples, échec, etc.
- **RAIS8** : « *interruption* » ; ex. : absences, abandon, rupture, etc.

Elles comportent quelques différences par rapport aux catégories de définition, dans le rassemblement des dimensions sociales et financières (« RAIS1 »). Ont émergé les notions de « *sens* » donné (ou manquant) à la formation et de « *responsabilité* » (rassemblés avec « *réalité* » « RAIS5 ») ; mais aussi de manque d'information par rapport aux cursus et à leurs contenus (rassemblé avec « *accompagnement* », « RAIS6 »). Nous avons opéré ces rassemblements en fonction des mots le plus souvent cités ensemble.

En réponse à cette seconde question, nous avons collecté 223 mots, dont sept hors catégories, soit 216 termes classés, dont nous retrouvons la distribution dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6 — Tri à plat des termes donnés comme raisons du décrochage

	RAIS1	RAIS2	RAIS3	RAIS4	RAIS5	RAIS6	RAIS7	RAIS8	Total
Occurr.	27	36	39	22	19	13	59	1	216
%	12,50	16,66	18,05	10,19	8,79	6,02	27,31	0,46	100

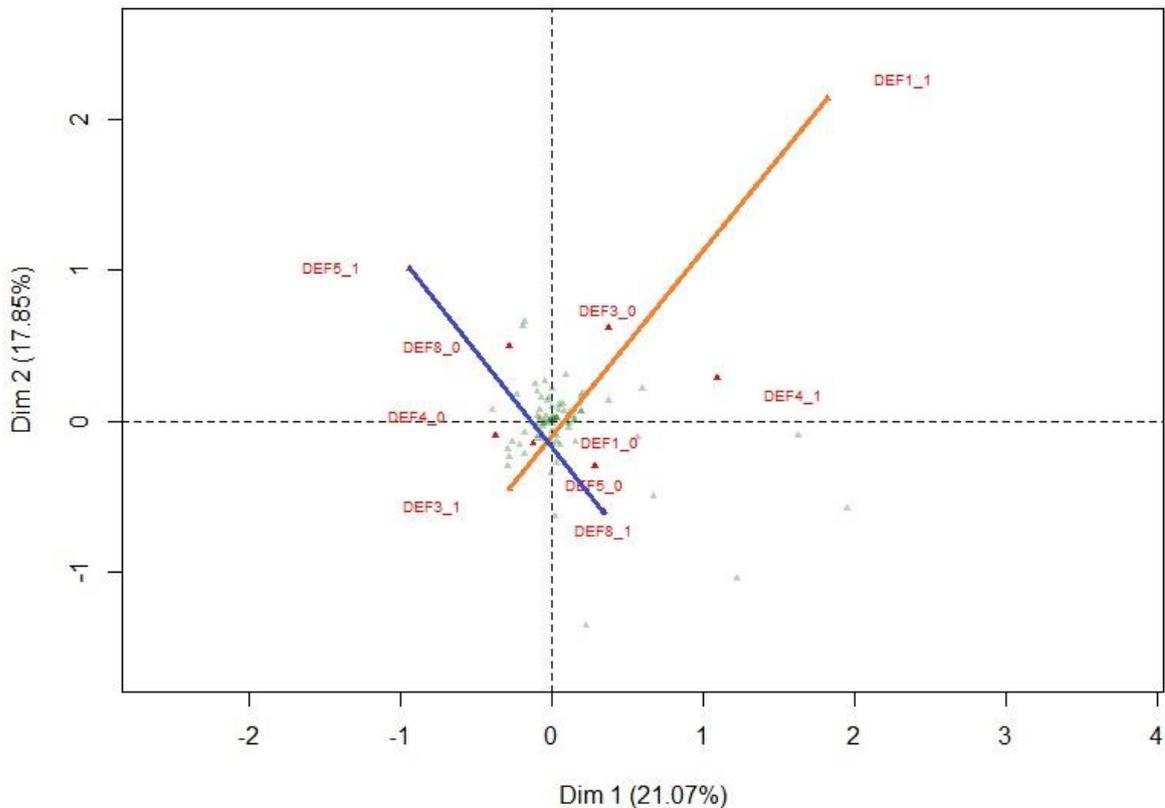
Les mots correspondant à la catégorie « orientation » (RAIS3) sont mentionnés 39 fois pour totaliser 18,05 % de l'ensemble des occurrences. Les termes correspondant à la variable « difficultés théoriques » (RAIS7) sont mentionnés 59 fois et correspondent à 27,31 % de l'ensemble des occurrences.

Nous observons une distribution plus déployée entre les différentes catégories, par rapport à la définition du décrochage. Les réponses hors de la catégorie d'interruption (« RAIS8 ») totalisent 99,52 % du total. Il nous est là encore impossible de dégager des profils types. En effet, nous observons 35 combinaisons différentes dans l'association des différentes raisons, dont 15 sont exclusives. Il ne ressort aucun profil type, dans cette grande diversité des perceptions des raisons du décrochage.

À partir des 78 réponses recueillies *via* notre questionnaire (complété par des enseignants et formateurs en IFSI, IUT et à l'université³¹), nous avons réalisé une Analyse des Correspondances Multiples (ACM). Sur cette ACM figurent les catégories de définitions du décrochage décrites plus haut.

³¹ Nous avons plus précisément décrit cette population dans le paragraphe 1.2.1.

Figure 3 — Analyse des composantes multiples : la définition du décrochage par les enseignants (ACM)



Légende :

Pour toutes les variables, la modalité 1 (ex. : DEF1_1) représente le fait d'avoir cité la catégorie et la modalité 0 (ex. : DEF1_0) le fait de ne pas l'avoir citée.

- DEF1 : dimension sociale et familiale
- DEF3 : défaut d'implication dans la formation
- DEF4 : défaut d'orientation ou de projet
- DEF5 : difficultés psychologiques
- DEF8 : difficultés théoriques (ou académiques)

Dans cette ACM, résumant près de 39 % de l'information issue de notre questionnaire, sont représentées différentes catégories sollicitées par nos enquêtés pour livrer une définition du décrochage, vues plus haut³².

³² Nous avons exclu de notre analyse deux catégories en raison de leur rareté : les difficultés financières (« DEF2 »), et l'accompagnement pédagogique (« DEF7 »). Deux autres catégories ne participent pas à la construction de ce plan factoriel : la rencontre de la réalité en stage (« DEF6 »), et l'interruption de formation (« DEF9 »).

Le *mapping* de l'ACM nous permet de visualiser deux oppositions franches, indépendantes l'une de l'autre. Tout d'abord, les dimensions citées de difficultés sociales ou familiales (« DEF1_1 ») et d'implication (« DEF3_1 ») s'opposent nettement. Cela peut s'expliquer par une position que l'on pourrait qualifier de compréhensive, du côté de la prise en compte des problèmes personnels de l'étudiant, en antagonisme avec la considération de son manque de motivation, son désinvestissement de la formation. Ensuite, nous observons l'opposition entre la dimension des difficultés psychologiques (« DEF5_1 ») et la dimension des difficultés théoriques (« DEF8_1 »). Cette opposition nous intéresse particulièrement pour la suite de cette recherche. En effet, les acteurs envisageant l'échec comme résultant de facteurs psychologiques se dissocient d'une perception du côté théorique (ou académique) et pédagogique. Cette division est emblématique des interprétations des difficultés scolaires aujourd'hui. Nous y reviendrons après avoir synthétisé cette première enquête sur le décrochage.

1.3. Conclusion et ouverture

Nous avons vu que le décrochage scolaire ou étudiant mobilise énormément les politiques au niveau européen et national, depuis plus de vingt ans, avec un budget dédié conséquent. Ce « phénomène » mobilise également de multiples recherches scientifiques : il est perçu comme un problème social majeur, avec des conséquences économiques non négligeables à l'échelle du pays. La définition du décrochage, établie au niveau européen, permet de le quantifier et de scruter son évolution. Ses enjeux, essentiellement économiques, permettent de légitimer nombre de réformes éducatives visant sa réduction.

Face à un « phénomène » aussi fédérateur, et avec en arrière-plan notre exercice infirmier auprès d'adolescents, nous avons tenté d'élucider ce que recouvrait le décrochage, sur le terrain. Nos enquêtes exploratoires vont dans le sens de notre constat professionnel : aucune définition et aucune situation de décrochage ne se ressemblent vraiment. Autrement dit, une très grande hétérogénéité fourmille sous un « phénomène » apparemment bien délimité, défini à l'échelle européenne. Le décrochage est à la fois un terme permettant d'entretenir l'illusion d'un certain consensus, tout en étant extrêmement polysémique, une fois observés les usages qui en sont faits, sur le terrain. Considérons les définitions du décrochage émanant de discours abstraits, et généraux, comme ceux issus de notre questionnaire. Les individus

devaient donner trois mots pour définir le décrochage, et leurs réponses montrent un éclatement sémantique. Certaines définitions s'opposent nettement, comme nous avons pu le mettre en exergue dans l'analyse des correspondances multiples. Dans les entretiens, lorsque l'enquêté est mis en situation de relater son expérience, nous voyons également des différences marquées, voire des oppositions, et ce même au sein d'une même équipe de formateurs (IFSI A). Cependant, pour ce cursus particulier, nous avons pu mettre en lumière le point de convergence de l'effet des stages et de la rencontre avec la maladie et la mort qu'ils occasionnent. La difficulté d'accompagner ces situations peut, selon la majorité des enquêtés, amener certains étudiants à une rupture de parcours, un décrochage, une réorientation, etc. Autrement dit, nos entretiens montrent qu'une compréhension *a minima* d'une certaine dimension de ce « phénomène » est possible, en descendant au grain le plus fin de l'expérience des acteurs, et dans un domaine bien spécifique.

Toutefois, ce point de convergence n'exclut aucunement les formes de vie contrastées du décrochage dans les expériences des acteurs, que nous pouvons lier à leurs Arrière-plans. Ces derniers ont effectivement la propriété de permettre un consensus³³, tout en singularisant les représentations de chacun. Searle les définit comme « [l'] *ensemble des capacités non intentionnelles, ou pré intentionnelles qui permettent aux états intentionnels de fonctionner.* » (Searle, 1998 : 169). Les Arrière-plans permettent de conférer un sens aux situations, de nous situer et d'agir dans le monde, sans avoir à tout instant conscience de tous les déterminants qui constituent la réalité sociale dans laquelle nous évoluons. Ils peuvent ainsi expliquer qu'au sein d'une même structure, les formateurs puissent se préoccuper du décrochage sans forcément se rendre compte qu'ils n'en partagent pas le même sens. Mais la diversité de ces Arrière-plans explique également l'élasticité sémantique du décrochage, puisque chaque acteur en parle à partir de sa position, de son exercice quotidien, des idéaux qu'il porte, de son histoire, etc. Le décrochage semble ainsi se présenter aux formateurs et pédagogues comme « *l'empreinte d'un moule* » (Dumoncel, 1991 : 147), ne contenant intrinsèquement aucun sens. Il peut donc porter les diverses significations que les différents acteurs qui l'emploient lui prêtent. Cette hétérogénéité va de pair avec des pratiques pédagogiques contrastées.

³³ C'est-à-dire que la réalité sociale se tient, et nous savons à peu près comment agir dans le monde qui est le nôtre.

Résumons : plus on monte en généralité, plus le décrochage semble univoque, puisqu'il s'agit de ces élèves ou étudiants qui quittent leur formation sans obtenir de diplôme. Appréhendé ainsi, de façon abstraite, il peut paraître légitime de mettre en place des réformes spécifiquement dédiées à la réduction de ce « phénomène ». Cependant, dès lors qu'on descend sur quelques exemples, que l'on s'attarde sur les trajectoires des étudiants concernés, cette homogénéité de surface découvre ses failles et sa complexité.

Pour conclure, nous pouvons dire que ce que les politiques désignent comme « décrochage » n'existe pas. Concernant l'enseignement supérieur, le taux d'échec en licence mis en avant recouvre des réalités si hétérogènes qu'elles ne peuvent être rassemblées sous le même signifiant, surtout si l'objectif défini est de le réduire. Ce taux correspond beaucoup plus au risque de perte de productivité et d'augmentation de l'inactivité, de dépenses pour l'éducation rationalisées, qu'à un « phénomène » délétère pour les élèves et les étudiants eux-mêmes. Souvenons-nous de l'étude de Bodin et Millet (2011) montrant que très peu d'étudiants considérés *a priori* comme décrocheur le sont véritablement, au sens de la définition d'une sortie nette du système sans diplôme. Songeons également que seulement la moitié des répondants à notre questionnaire envisage le décrochage comme négatif, offrant ainsi un point de vue nuancé, de la part d'enseignants et formateurs qui exercent au plus près des étudiants pouvant rencontrer ce type de situation. Cependant, cette mise en avant du décrochage par les politiques semble avoir des effets performatifs : c'est selon nous la création du problème du décrochage qui engendre ce même problème. Pour éclairer cette hypothèse, tournons-nous vers l'origine du phénomène de marge scolaire, que nous avons vue dans l'historique. Du moment qu'il y a eu une ouverture de l'école à tous les enfants, dans une légitime idée d'égalité, des marges ont commencé à se créer — à l'appui de la norme scolaire, qui se définissait dans le même temps. Le décrochage d'aujourd'hui ne comporterait-il donc pas une part incompressible, dans un système qui tendrait vers une égalité de moyens garantie à chacun, quelles que soient ses caractéristiques sociales et individuelles ? Autrement dit, peut-on réellement parvenir à résorber la part de décrochage, d'abandon ou d'échec, comme le souhaitent les différents rapports, textes politiques et recherches scientifiques ? Et, en allant un peu plus loin, ce « phénomène » n'agit-il pas comme une sorte de marqueur d'égalité ; les « pertes » résiduelles ne seraient-elles pas le prix à payer pour maintenir un système se voulant le plus égalitaire possible ? Que signifie alors

vouloir réduire le décrochage dans un système éducatif de plus en plus inégalitaire, en témoigne la part toujours plus réduite des enfants issus des classes défavorisées parvenant jusqu'à l'enseignement supérieur (Observatoire des inégalités, 2021 : 73-83) ?

Ainsi, malgré toute son hétérogénéité et la relativité de son importance quantitative, le décrochage continue de constituer un problème social, économique, et politique³⁴. Tout le long de notre enquête, et en parallèle, dans notre exercice professionnel, nous avons recensé une myriade de causes au décrochage, souvent relatives à la santé de l'enfant ou de l'adolescent. Les catégories médicalisées ont particulièrement retenu notre attention, en partie parce que nous les entendions de plus en plus fréquemment dans la bouche des acteurs du champ scolaire. Citons pêle-mêle l'anxiété voire la phobie, les difficultés à rester attentif en classe, les élèves dits perturbateurs, voire hyperactifs, ceux qui ne parviennent pas à écrire correctement, à s'organiser dans leur travail et dans leurs affaires, ceux qui réfléchissent différemment, qui ne parviennent pas à déployer le raisonnement attendu, etc. Lentement s'est déployée, en dessous du décrochage, une constellation de « troubles », de particularités tenant le plus souvent à la psychologie ou à la (neuro) cognition de l'élève ou de l'étudiant, et entravant de manière plus ou moins conséquente sa scolarité. Nous les désignons par l'expression « diagnostics scolaires » puisque, nous allons le voir, ces formes de difficultés donnent effectivement lieu à la pose d'un diagnostic médical.

³⁴ Pour ne rappeler que les textes et discours les plus récentes : l'obligation de formation jusqu'à 18 ans, les contrats de réussite étudiants, le discours du Président de la République de janvier 2022, qui persiste à s'émouvoir de l'échec dans le premier cycle universitaire.

CHAPITRE 2. DÉFINITIONS ET FRAGILITÉS DES DIAGNOSTICS SCOLAIRES

Notre enquête sur le décrochage scolaire a révélé une myriade de causes évoquées par les acteurs. Au fil des différents discours que nous avons recueillis, de notre pratique professionnelle et de nos lectures intercurrentes, se sont dessinées quatre grandes catégories de « troubles », que nous nommons ici « diagnostics scolaires »³⁵ :

- Les troubles spécifiques des apprentissages et le trouble développemental de la coordination, plus communément désignés sous l'expression « troubles dys » ;
- Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, soit le TDAH ;
- Le haut potentiel intellectuel (aussi nommé surdouance ou précocité intellectuelle) ;
- Le refus scolaire anxieux, les troubles anxieux scolaires et la phobie scolaire.

Précisons que nous avons choisi de dénommer ces diagnostics, tout le long de ce travail, par les expressions les plus courantes et actuelles qui sont employées pour les désigner. Aussi, sauf mention spécifique (lorsque le diagnostic est cité par un enquêté ou fait l'objet d'un article sous une dénomination particulière), nous nommerons la première catégorie « troubles dys », la seconde « TDAH », la troisième « haut potentiel intellectuel » et la quatrième, « refus scolaire anxieux ».

Ces quatre catégories diagnostiques étaient déjà mentionnées en 2007 par deux pédopsychiatres comme constituant les principales causes de l'échec scolaire (Wahl et Madelin-Mitjavile, 2007). Ces catégories ne sont pas homogènes entre elles, mais elles présentent au moins deux points communs :

- Leurs critères diagnostiques sont en grande partie reliés au scolaire ;
- Elles se centrent toutes sur l'élève et ses caractéristiques endogènes³⁶.

Dans ce deuxième chapitre, nous partirons des définitions et discours scientifiques autour de chaque diagnostic scolaire, pour en arriver aux limites et fragilités de ces catégories.

³⁵ Notons ici que nous avons rencontré d'autres troubles, mais de manière moins fréquente. Nous ne les avons donc pas retenus comme catégorie à part entière : par exemple le TOP (trouble oppositionnel avec provocation), souvent mentionné avec le TDAH ; ou encore l'hypersensibilité, souvent mentionnée comme une caractéristique des enfants à haut potentiel.

³⁶ C'est-à-dire relevant du sujet et de son intériorité (son cerveau, sa psychologie) et/ou de sa manière d'être en relation avec le monde.

Dans un premier temps, nous résumerons les définitions de chacune des quatre catégories ainsi que leurs critères diagnostiques dans les nosographies les plus utilisées.

Dans un second temps, nous réunirons quelques études et méta-analyses qui nous révéleront les axes principaux du discours dominant concernant les diagnostics scolaires.

Dans un troisième temps, nous en viendrons aux limites de ces catégories, en abordant la variabilité de leurs prévalences, leurs comorbidités ainsi que les notions de plasticité cérébrale et d'épigénétique.

2.1. Définitions et critères diagnostiques

Nous allons ci-après détailler les définitions officielles de chacune des quatre catégories de diagnostics scolaires. Nous nous appuyerons, pour ce faire, sur les nosographies les plus utilisées, ainsi que sur les textes officiels faisant consensus. Le premier paragraphe sera consacré aux troubles spécifiques des apprentissages et au trouble développemental de la coordination (soit les troubles dys). Le second paragraphe définira le TDAH, le troisième le haut potentiel intellectuel, et le quatrième le refus scolaire anxieux. Nous synthétiserons ces informations dans un cinquième paragraphe.

2.1.1. *Le refus scolaire anxieux*

C'est d'abord aux États-Unis que la notion de « *phobie scolaire* » émerge, avec Broadwin (1932) puis Johnson *et al.* (1941), qui la considèrent tous les deux comme liée à une angoisse de séparation. En France, c'est à la fin des années 1990 que la peur d'échouer aux examens est définie comme quelque chose qui peut « *s'organiser en une véritable phobie scolaire ou un refus scolaire anxieux* » (Marra *et al.*, 1997 : 570).

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) est la seule nosographie à retenir la phobie scolaire comme catégorie à part entière, sous le codage 9.22 (Misès, 2012). Elle y est décrite ainsi : « *manifestations d'angoisse majeure avec souvent phénomène panique, liées à la fréquentation scolaire et interdisant sa poursuite sous les formes habituelles.* », excluant : « *les manifestations par angoisse de séparation ;*

les manifestations phobiques localisées sur un objet ou une situation » (Misès et Quemada, 2002 : 72).

Le DSM-5 mentionne le « *refus d'aller à l'école* » dans les caractéristiques associées en faveur du diagnostic d'« *anxiété de séparation* » (codage 309.21) (Crocq et Guelfi, 2015 : 225). La CIM-10 classe la « *réticence persistante ou refus d'aller à l'école dû à la peur de la séparation d'une personne à laquelle il est principalement attaché, ou pour rester à la maison* » dans le diagnostic « *angoisse de séparation de l'enfance* » (codage F93.0) (OMS, 1994 : 148).

La loi française ne cite ni la « *phobie scolaire* » ni le « *refus scolaire anxieux* », mais, depuis 2021, mentionne des « *troubles scolaires anxieux* » (MEN, 2021a). Un guide pratique co-édité par le ministère de la Santé en 2009 mentionne la « *phobie scolaire dans le cadre de l'angoisse de séparation* » (Société Française de Pédiatrie et Direction Générale de la Santé, 2009 : 12), rendant l'enfant indisponible aux apprentissages. La « *phobie scolaire* » et les « *troubles anxieux* » sont également associés au diagnostic de précocité intellectuelle (*ibid.* : 18).

2.1.2. *Les troubles spécifiques des apprentissages et le trouble développemental de la coordination*

L'expression « *troubles spécifiques des apprentissages* » recouvre ce qu'on nomme plus communément la dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), dans une expertise collective publiée en 2007, les définit ainsi :

« La dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie sont des troubles spécifiques des apprentissages scolaires dont l'origine est reconnue comme neurodéveloppementale. Cependant, ils ne proviennent pas d'une déficience avérée qu'elle soit sensorielle, motrice ou mentale, d'un traumatisme ou d'un trouble envahissant du développement. Même si la définition de ces troubles dans les classifications exclut une origine culturelle, sociale, économique, pédagogique ou psychologique, cela ne signifie pas pour autant que ces facteurs ne jouent pas un rôle. » (Inserm, 2007a : 635)

La Haute Autorité de Santé (HAS) les nomme « *Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages (TSLA)* » et les définit comme « *la conséquence de troubles cognitifs spécifiques neurodéveloppementaux (déficience d'une ou plusieurs fonctions cognitives, sans déficience intellectuelle globale).* » (HAS, 2017 : 5)

Du côté des nosographies psychiatriques, les troubles spécifiques des apprentissages ont fait leur apparition dans la Classification Internationale des Maladies (CIM) en 1994, et dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM) en 2004. Le DSM, édité par l'*American Psychiatric Association* et la CIM, éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé, sont les deux manuels les plus fréquemment utilisés par les médecins psychiatres et pédopsychiatres. Le DSM est actuellement la nomenclature de référence pour les pouvoirs publics (Compagnon, 2022). Parue en 2015, sa cinquième édition (DSM-5) classe les troubles spécifiques des apprentissages et le trouble développemental de la coordination dans la catégorie des troubles neurodéveloppementaux d'origine biologique³⁷. Pour les troubles spécifiques des apprentissages, les codages diagnostiques possibles sont les suivants (avec à chaque fois trois degrés de sévérité : léger, moyen ou grave) :

1. Trouble spécifique des apprentissages avec déficit de lecture, ou dyslexie (codage 315.00/F81.0 pour la CIM) ;
2. Trouble spécifique des apprentissages avec déficit de l'expression écrite (codage 315.2/F81.1 pour la CIM) ;
3. Trouble spécifique des apprentissages avec déficit du calcul, ou dyscalculie (codage 315.1/F81.2 pour la CIM).

Le DSM-5 les définit de la manière suivante :

« Difficulté à apprendre et à utiliser des compétences scolaires ou universitaires, comme en témoigne la présence d'au moins un des symptômes suivants ayant persisté pendant au moins 6 mois, malgré la mise en place de mesures ciblant ces difficultés : [...] » (Crocq et Guelfi, 2015 : 76)

Les symptômes sont : une lecture des mots inexacte ou lente, des difficultés à comprendre le sens de ce qui est lu, à épeler, à s'exprimer à l'écrit, à maîtriser le sens des nombres, les données chiffrées ou le calcul ainsi que des difficultés avec le raisonnement mathématique. Le manuel ajoute que les compétences scolaires doivent être « *nettement au-dessous du niveau escompté pour l'âge chronologique du sujet, et ce de manière quantifiable* », sans

³⁷ La CIM-10 les classe quant à elle dans les troubles du développement psychologique.

qu'il y ait de handicap intellectuel³⁸ ou d'autres causes explicatives³⁹. Il précise également que les difficultés d'apprentissage « *peuvent ne pas se manifester entièrement tant que les demandes concernant ces compétences scolaires ou universitaires altérées ne dépassent pas les capacités limitées du sujet* » (*ibid.* : 76).

Cependant, il est notable que le DSM-5 donne notion de l'évaluation arbitraire concernant les compétences et performances scolaires censées être « *quantifiables* » :

« Ainsi, toute limite utilisée pour préciser ce qu'est une performance scolaire ou académique significativement basse (p. ex. des performances scolaires ou académiques bien au-dessous du niveau escompté compte tenu de l'âge) est en grande partie arbitraire. » (*id.* : 79)

Une évaluation exhaustive après le début du parcours scolaire est recommandée, « *qui devra associer l'avis de professionnels ayant une expertise dans le trouble spécifique des apprentissages et une évaluation psychologique/cognitive* ». Le manuel mentionne également qu'un trouble spécifique des apprentissages nécessite rarement une réévaluation, puisqu'*il persiste habituellement à l'âge adulte* » (*id.* : 80).

Le trouble développemental de la coordination (TDC, anciennement nommé dyspraxie, et incluant certaines formes de dysgraphies) est classé comme trouble moteur au sein des troubles neurodéveloppementaux (codage 315.4/F82 pour la CIM). Le TDC est décrit comme un trouble de la coordination motrice :

« Les difficultés se traduisent par de la maladresse (p. ex. laisser échapper ou heurter des objets), ainsi que de la lenteur et de l'imprécision dans la réalisation de tâches motrices (p. ex. attraper un objet, utiliser des ciseaux ou des couverts, écrire à la main, faire du vélo ou participer à des sports). » (*id.* : 86)

Nous retrouvons les mêmes critères que pour les troubles spécifiques des apprentissages : l'impact sur les compétences scolaires, le fait d'interférer « *de façon significative et persistante dans les activités de la vie quotidienne [...]* » ; mais aussi l'absence d'autres causes pouvant expliquer le trouble (*id.* : 86).

³⁸ Le QI doit se situer au-dessus de 70.

³⁹ Comme des troubles visuels, mais aussi « *une adversité psychosociale* », « *un manque de maîtrise de la langue de l'enseignement scolaire* » ou « *un enseignement pédagogique inadéquat* », trois critères que nous questionnons plus bas, dans la partie 7.1.1.

Ainsi, les troubles spécifiques des apprentissages et le TDC sont tous deux des diagnostics cliniques, soit basés sur le repérage de symptômes qui se manifestent essentiellement au sein de l'école. Le diagnostic doit ensuite être étayé par des bilans complémentaires.

Il est notable que dans la CIM-10 figurent quatre autres diagnostics possibles concernant les acquisitions scolaires :

- Trouble mixte des acquisitions scolaires (codage F81.3), définie comme une « *catégorie résiduelle de troubles, mal définie et insuffisamment élaborée (mais nécessaire), dans lesquels il existe à la fois une altération significative des capacités en calcul et en lecture ou en orthographe, non imputables exclusivement à un retard mental global ou à une scolarisation inadéquate. Elle doit être utilisée pour des troubles répondant à la fois aux critères de F81.2 et à ceux de F81.0 et F81.1.* » ;
- Autre trouble des acquisitions scolaires (codage F81.8) ;
- Troubles des acquisitions scolaires, sans précision (codage F81.9) : cette dernière catégorie « *doit être évitée autant que possible* » ;
- Troubles spécifiques mixtes du développement (codage F83), définis comme une « *catégorie résiduelle de troubles, mal définie et insuffisamment élaborée (mais nécessaire), caractérisée par la présence simultanée d'un trouble spécifique du développement de la parole et du langage, d'un trouble des acquisitions scolaires, ou d'un trouble du développement moteur, sans qu'aucun de ces troubles ne prédomine suffisamment pour pouvoir constituer le diagnostic principal. [...] cette catégorie doit être utilisée quand il existe des dysfonctionnements répondant aux critères de plusieurs catégories (F80 —, F81 — ou F82 —).* » (OMS, 1994 : 135).

Ces catégories résiduelles, particulièrement imprécises, indiquent que très peu de difficultés dans les acquisitions scolaires peuvent échapper à un diagnostic médical.

2.1.3. Le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH)

Le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) est le seul des diagnostics scolaires à pouvoir donner lieu à un traitement médicamenteux par

méthylphénidate⁴⁰. Le TDAH apparait dans le DSM en 1970 ; à l’instar des troubles spécifiques des apprentissages, il y est classé dans les troubles neurodéveloppementaux. C’est ici encore le DSM qui fait foi dans les recommandations officielles (HAS, 2014). Trois types de diagnostic sont possibles (avec à chaque fois trois degrés de sévérité) :

1. Présentation inattentive prédominante (codage 314.00/F90.0 pour la CIM) ;
2. Présentation hyperactive/impulsive prédominante (codage 314.01/F90.1 pour la CIM) ;
3. Présentation combinée (codage 314.01/F90.2 pour la CIM).

Il est notable que lorsque des symptômes spécifiques du TDAH « *prédominant mais ne remplissent pas l’ensemble des critères du déficit de l’attention/hyperactivité* », deux autres diagnostics soient tout de même applicables : « *autre déficit de l’attention/hyperactivité spécifié* » et « *déficit de l’attention/hyperactivité non spécifié* » (codage 314.01/F90.8 et F90.9 pour la CIM).

Les critères diagnostiques sont tels que :

« Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles » (Crocq et Guelfi, 2015 : 67)

Donnons quelques exemples des symptômes recherchés. Pour la dominante inattentive, on trouve le fait que, souvent, l’enfant fasse des fautes d’étourderie et ne prête pas attention aux détails, qu’il ne se conforme pas aux consignes, qu’il ait du mal à organiser ses travaux et activités, qu’il fasse à contrecœur ou évite les tâches nécessitant un effort mental soutenu, qu’il perde les objets nécessaires à son travail, qu’il soit distrait par des stimuli externes, etc. Pour l’hyperactivité et impulsivité, figurent le fait que, de manière fréquente, l’enfant remue les mains et les pieds ou se tortille sur son siège, qu’il se lève dans des situations où il est supposé rester assis, qu’il soit incapable de se tenir tranquille dans les jeux ou activités de loisir, qu’il parle trop, qu’il laisse échapper la réponse à une question qui n’est pas encore entièrement posée, qu’il ait du mal à attendre son tour, etc.

Plusieurs de ces symptômes doivent être présents avant l’âge de 12 ans ; et dans au moins deux contextes différents (école, famille, etc.). Ils interfèrent avec la qualité du

⁴⁰ Traitement psychostimulant ayant une autorisation de mise sur le marché pour le TDAH.

fonctionnement social, scolaire ou professionnel et ne sont pas expliqués par un autre trouble mental (psychose, trouble anxieux, etc.).

Le diagnostic de TDAH ne peut être posé qu'à partir de l'observation des manifestations symptomatiques précédemment citées. La HAS précise :

« L'expérience clinique et les études récentes le positionnent comme un diagnostic dimensionnel plutôt que catégoriel, à savoir qu'il existe un continuum au sein de la population car l'expression des symptômes varie en intensité. Cette approche dimensionnelle justifie que ne soient prises en charge que les formes entraînant une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire, de la qualité de vie, et que cette prise en charge soit adaptée à la sévérité de ce retentissement. Le TDAH peut avoir des répercussions préjudiciables sur la scolarisation des enfants et sur leurs relations sociales. Ces enfants sont aussi plus susceptibles d'éprouver ultérieurement des difficultés dans leur parcours professionnel. » (HAS, 2014 : 8)

Et ajoute qu'« *il n'existe pas de signe neurologique ou physique permettant de confirmer ou d'exclure le diagnostic de TDAH* » ni d'examen complémentaire spécifique à ce trouble, et recommande donc un examen général de l'enfant⁴¹ (*ibid.* : 19). C'est pour ces deux raisons, et également du fait de la valeur pronostique négative⁴² du TDAH, que ce diagnostic mobilise particulièrement les acteurs de l'école pour y être repéré le plus précocement possible.

2.1.4. Le haut potentiel intellectuel

Cette catégorie diagnostique est particulièrement plastique dans ses terminologies successives et/ou coexistantes. Créée en 1971, l'Association Nationale Pour les Enfants Intellectuellement Précoces (ANPEIP, agréée par le ministère de l'Éducation nationale) parle d'abord d'« enfants surdoués »⁴³. En 1986, cette association emploie plutôt l'expression « enfants précoces », reprise dans le rapport historique consacré à ce phénomène (Delaubier, 2002) et figurant dans le Code de l'éducation depuis 2005. C'est en 2019 que cette désignation est remplacée par celle d'« élèves à haut potentiel » dans les textes officiels (Présidence de la République Française, 2019).

Le diagnostic de « haut potentiel intellectuel » ne figure pas pour lui-même dans les nosographies psychiatriques, mais il y est mentionné notamment comme caractéristique de

⁴¹ Comprenant un examen neurologique, l'évaluation du développement physique, du langage oral et écrit, du développement psychomoteur, etc.

⁴² Notamment prévenir les difficultés ultérieures dans le parcours professionnel.

⁴³ Notamment lors du « Congrès National pour les Enfants Surdoués », en 1978.

certains troubles (comme les troubles du spectre autistique). Cependant, les enfants présentant un haut potentiel intellectuel existent bel et bien dans la littérature scientifique et font l'objet de nombreuses recherches, nous le verrons dans la partie 2.2. Ils sont également reconnus par le ministère de l'Éducation nationale, qui préconise :

« La situation d'un élève doit être examinée lorsque : un élève manifeste un mal-être à l'école ; un élève a un trouble de l'apprentissage ; le comportement d'un élève alerte son enseignant ; les parents en font la demande. » (MEN, 2021c)

Le diagnostic de ces enfants se fait au moyen d'un test psychométrique, le WISC⁴⁴, comprenant cinq indices⁴⁵ : de compréhension verbale, visuospatiale, de raisonnement perceptif, de mémoire de travail, de vitesse de traitement :

« le seul outil communément admis pour délimiter ce groupe d'enfants est le quotient intellectuel (QI) déterminé à partir de batteries de tests tels que le WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children). Aucun autre critère objectif n'est utilisé de manière suffisamment large pour servir de référence. Un enfant est donc considéré comme appartenant à la population " surdouée ", si son quotient intellectuel a été reconnu exceptionnellement élevé à l'issue d'une évaluation rigoureuse conduite par un psychologue. » (Delaubier, 2002 : 4)

Pour reconnaître un haut potentiel, il faut que le QI de l'enfant se situe à plus de deux écarts-types (l'écart-type est fixé à 15) au-dessus de la moyenne (fixée à 100) ; soit un QI total (moyenne des cinq indices) d'au moins 130. Les dernières recommandations précisent que le repérage des enfants à haut potentiel est possible dès l'école maternelle (Bureau de la personnalisation des parcours scolaires et de la scolarisation des élèves en situation de handicap — DGESCO, 2019). Nous verrons plus loin que, comme pour les autres catégories diagnostiques, il existe d'importants écarts d'évaluation, et donc de prévalence.

2.1.5. Synthèse

Disons-le très clairement : pour aucun de ces diagnostics il n'existe de signe, neurologique ou physique, qui en soit le marqueur. Autrement dit, il n'y a pas de fondement somatique aux diagnostics scolaires. En conséquence, tout diagnostic est forcément en partie

⁴⁴ *Wechsler Intelligence Scale for Children* : échelle de Wechsler destinée aux enfants et adolescents.

⁴⁵ Trois indices de raisonnement : indice de compréhension verbale (ICV), indice de raisonnement fluide (IRF), indice visuospatial (IVS) et deux indices des fonctions instrumentales : indice de mémoire de travail (IMT), indice de vitesse de traitement (IVT).

subjectif et arbitraire — comme le mentionne d’ailleurs le DSM-5 au sujet de la mesure des compétences scolaires dans le diagnostic de trouble spécifique des apprentissages. Nous pouvons généraliser cette observation à l’ensemble des diagnostics que nous venons d’examiner : ces derniers sont posés ou exclus à partir d’une évaluation clinique, étayée par des consultations spécialisées (psychologique, neuropsychologique, orthophonique, pédopsychiatrique, etc.). Nous étayerons et argumenterons cette première observation tout au long de cette recherche.

La quantité des diagnostics possibles est considérable. Le DSM-5 en propose dix : quatre pour les troubles spécifiques des apprentissages et le trouble développemental de la coordination, cinq pour le TDAH et un pour le refus scolaire. La CIM-10 offre 14 diagnostics : les quatre supplémentaires sont des diagnostics mixtes ou sans précision concernant les troubles spécifiques des apprentissages. Ces quatre diagnostics, aux côtés des deux diagnostics résiduels du TDAH (« *autre* » et « *non spécifié* ») permettent de poser un diagnostic en l’absence d’un tableau clinique correspondant aux diagnostics principaux. Affirmons-le : très peu de difficultés scolaires peuvent, aujourd’hui, échapper à la pose d’un diagnostic à même de les expliquer.

L’absence de fondement somatique et la multiplicité des diagnostics possibles sont deux éléments cruciaux. Ils pourraient, d’une part, contribuer à expliquer l’inflation des diagnostics scolaires ainsi que les préoccupations scientifique et politique à leur sujet. Nous verrons que les politiques publiques éducatives ciblant ces différents troubles se sont effectivement multipliées depuis les années 2000. D’autre part, la grande hétérogénéité des formes de chacun de ces troubles pourrait trouver également une explication dans le grand nombre de diagnostics existants ainsi que dans leur imprécise délimitation par un ensemble de critères pouvant être sujets à interprétation.

Nous allons compléter ces définitions nosographiques des diagnostics scolaires par un exposé des discours dominants dans le champ scientifique, concernant ces différents troubles.

2.2. Les discours scientifiques dominants

Les publications scientifiques et de vulgarisation concernant les diagnostics scolaires se sont multipliées depuis le début des années 2000. À titre d’exemple, le nombre

d'études concernant le TDAH a augmenté de manière exponentielle entre 1987 (n=177) et 2015 (n=2046) (Ponnou *et al.*, 2020). Pour ce qui est des autres diagnostics, nous avons procédé à une simple recherche *via* le moteur Cairn.info⁴⁶, dans le texte intégral de l'ensemble des sources référencées. Pour le terme « dyslexie », nous trouvons 511 publications entre 2000 et 2010 contre 1138 entre 2011 et 2021. Pour les expressions « phobie scolaire » et « refus scolaire anxieux », nous trouvons respectivement 187 et quatre publications entre 2000 et 2010 contre 462 et 56 entre 2011 et 2021. Pour les expressions « précocité intellectuelle » et « haut potentiel intellectuel », nous trouvons respectivement 76 et dix publications entre 2000 et 2010 contre 175 et 134 entre 2011 et 2021. Ce rapide tour d'horizon nous permet d'avoir idée de l'inflation de la préoccupation autour des quatre catégories de diagnostics scolaires.

Nous mentionnerons ici quelques-unes des études les plus récentes et reconnues afin de tracer à grands traits les conclusions des recherches scientifiques actuelles concernant nos objets de recherche. Les études citées ont été produites par des chercheurs fréquemment sollicités pour l'élaboration de rapports officiels ou guides de recommandation. Ce sous-chapitre ne constitue pas une revue de la littérature à proprement parler : nous déployons quelques études permettant de tracer les contours du discours scientifique dominant actuellement au sujet des diagnostics scolaires.

Dans un premier temps, nous nous centrerons sur les deux catégories diagnostics classées comme des troubles du neurodéveloppement : le TDAH et les troubles spécifiques des apprentissages (dans lesquels est encore souvent incluse la dyspraxie ou TDC). Dans un second temps, nous réunirons plusieurs recherches sur le haut potentiel intellectuel. Dans un troisième temps, nous nous pencherons sur plusieurs études concernant le refus scolaire anxieux. Enfin, nous produirons une synthèse rassemblant les points communs de ces différentes recherches.

⁴⁶ Moteur de recherche fondé par quatre maisons d'éditions dans le champ des sciences humaines et sociales (Belin, De Boeck, La Découverte et Erès) associées à la Bibliothèque Nationale de France. Cairn.info est soutenu par le Centre National du Livre. Recherche effectuée au mois de mai 2022.

2.2.1. Le discours sur les troubles du neurodéveloppement

Nous l'avons vu, les troubles spécifiques des apprentissages et le TDAH sont considérés comme des troubles neurodéveloppementaux par le DSM-5. Nous synthétisons ci-après deux textes pour le TDAH : un chapitre d'ouvrage décrivant les formes cliniques et l'évaluation diagnostique ainsi que le consensus international publié en 2021 et compilant un grand nombre de méta-analyses, qui fait aujourd'hui référence. Nous résumons également une méta-analyse sur la dyscalculie, ainsi qu'un chapitre d'ouvrage sur la dyslexie et sa rééducation.

Commençons par le chapitre d'ouvrage coécrit par deux pédopsychiatres⁴⁷, décrivant les différentes formes cliniques du TDAH ainsi que son évaluation diagnostique. Les autrices rappellent et décrivent les trois composantes du TDAH : le déficit attentionnel, l'hyperactivité et l'impulsivité. Pour ce qui est du déficit attentionnel, elles précisent :

« Les difficultés que l'enfant TDAH manifeste dans le domaine de l'attention sont parfois peu visibles chez l'enfant de moins de 6 ans ou mises sur le compte d'une certaine immaturité de cette tranche d'âge. L'entrée au primaire et les répercussions organisationnelles peuvent révéler ces difficultés. » (Locret-Capon et Bioulac, 2016 : 25-26)

Le repérage de ce trouble peut donc se faire très jeune, et notamment dans le cadre scolaire. Les autrices décrivent les quatre grandes composantes de l'attention que sont, d'une part, l'alerte (soit le niveau de vigilance, permettant de répondre de manière adaptée aux stimuli externes) et l'attention soutenue (soit la capacité à rester attentif durant une longue période et/ou lors de tâches répétitives), qui sont toutes deux liées à l'intensité ou à la qualité de l'attention. D'autre part, l'attention sélective (soit la capacité à se focaliser sur une source d'information unique) et l'attention divisée (soit la capacité à effectuer plusieurs tâches simultanées ou à passer rapidement de l'une à l'autre). Les enfants porteurs d'un TDAH présenteraient, selon les autrices, « *une moins bonne persévérance à l'effort* », « *des difficultés à accomplir des tâches de façon autonome* », et leur attention ne serait pas suffisante pour suivre plusieurs heures d'enseignement (*ibid.* : 26). Ils seraient également

⁴⁷ Dont Bioulac, membre du groupe de lecture mobilisé pour les recommandations de bonne pratique devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un TDAH, publiées par la HAS en 2014.

plus distractibles que leurs camarades. Le déficit en attention divisée peut se révéler particulièrement lors de certaines tâches scolaires :

« On peut alors observer des difficultés à l'école pour réaliser la double tâche quotidienne des enfants en âge scolaire d'écouter et retranscrire en même temps, comme lors des dictées par exemple. Il leur est aussi difficile de répondre à une consigne complexe ou encore à un exercice tout en se souciant de la présentation. » (*id.* : 27)

Nous voyons ici que l'école est un lieu privilégié pour repérer ce trouble, et pour cause : le diagnostic demande que la symptomatologie se retrouve dans deux milieux distincts. C'est pour cela que l'on porte une attention particulière au milieu scolaire, en plus du milieu familial.

Sur le versant de l'hyperactivité, c'est l'incapacité de l'enfant à faire avec la contrainte qui est décrite. Nous retrouvons là encore le repérage au niveau scolaire : « [il] “ *gigote* ” sur sa chaise, bouge ses jambes. En classe, il touche des objets sans arrêt, “ *trifouille* ” sa trousse, sa règle, fait du bruit et parfois des commentaires inappropriés. » (*id.* : 28). L'impulsivité est, quant à elle, caractérisée par le défaut d'inhibition de la réponse à des stimuli externes. Là aussi, les défauts d'ajustement aux contraintes scolaires sont cités : un défaut d'organisation dans le travail, une difficulté à respecter le tour de parole, etc.

Plusieurs autres composantes de la symptomatologie TDAH, qualifiées de secondaires, sont décrites⁴⁸. Les autrices précisent qu'à un stade sévère, les habiletés sociales peuvent être altérées (pouvant aboutir à un rejet par les pairs).

Les autrices exposent les multiples outils pouvant être utilisés pour compléter l'évaluation clinique ; car la pose du diagnostic peut être ardue, avec une variabilité clinique due au fait que l'enfant soit en plein développement. Ainsi, après avoir identifié le motif de consultation (soit les symptômes qui sont au-devant du tableau clinique), l'entretien médical vise une anamnèse complète (contexte et histoire familiale, prénatale et développementale). Les diagnostics différentiels doivent être écartés, comme par exemple un trouble des apprentissages, un haut potentiel ou des troubles anxieux. Le praticien reste cependant attentif à ce que ces troubles, s'ils sont présents, ne constituent pas une comorbidité du TDAH. L'outil complémentaire principal à l'entretien clinique est le passage d'une échelle

⁴⁸ Par exemple, la dysrégulation émotionnelle (labilité émotionnelle, grande sensibilité, réactions excessives, etc.), l'opposition (désobéissance, intolérance à la frustration, etc.), les difficultés d'adaptation (notamment dans des situations nouvelles).

psychométrique, dont plusieurs sont rapidement décrites par les autrices⁴⁹. La plupart de ces échelles permettent d'évaluer les critères du TDAH définis par le DSM. Enfin, des bilans neuropsychologique, orthophonique et de psychomotricité peuvent être réalisés en complément, et notamment lorsqu'une (ou plusieurs) comorbidité(s) est (sont) soupçonnée(s).

Le consensus international sur le TDAH, publié en 2021, rassemble un grand nombre de méta-analyses. Il est approuvé par 80 auteurs de 27 pays des six continents. Ses conclusions sont les suivantes (traduit à partir de l'anglais) :

« Le TDAH est un trouble chronique où des symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité/impulsivité d'inattention et/ou d'hyperactivité/impulsivité, inadaptés au développement, entraînent des déficiences dans de nombreux aspects de la vie. Ce trouble, qui débute dans l'enfance ou au début de l'adolescence et plus fréquent chez les garçons que chez les filles, touche 5,9 % des jeunes [...] dans le monde. Il existe de multiples facteurs de risque génétiques et environnementaux qui s'accumulent en diverses combinaisons pour provoquer le TDAH. Ces facteurs de risque entraînent des changements subtils dans de multiples réseaux cérébraux et dans les processus cognitifs, motivationnels et émotionnels qu'ils contrôlent. Les personnes chez qui un TDAH a été diagnostiqué présentent un risque élevé d'échec scolaire, de comportement antisocial, d'autres problèmes psychiatriques, de troubles somatiques, d'abus de drogues et d'alcool, de blessures accidentelles et de mort prématurée, notamment par [...] suicide. En conséquence, le TDAH coûte à la société des centaines de milliards de dollars chaque année. Plusieurs médicaments sont sûrs et efficaces pour traiter le TDAH et pour prévenir de nombreux effets indésirables. Des traitements non médicamenteux sont disponibles, mais sont moins efficaces que les médicaments pour réduire l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. » (Faraone *et al.*, 2021 : 18)

Nous avons délibérément choisi de faire figurer cette citation dans son intégralité, pour les multiples affirmations qu'elle contient. Tout d'abord, la dimension somatique est prépondérante, alors même qu'aucun marqueur biologique ou physiologique ne permet d'établir le diagnostic de TDAH (*ibid.* : 9-10). Deuxièmement, le TDAH est présenté comme chronique, laissant ainsi très peu d'espoir quant à une rémission possible, alors même que les recommandations plaident pour un repérage et donc une prise en charge précoces (HAS, 2014). Ce repérage précoce est justifié par les risques que les chercheurs identifient : échec scolaire, comorbidités somatiques et psychiatriques⁵⁰, conduites à risque ; et donc, *in fine*, le coût économique de la prise en charge de ces individus.

⁴⁹ L'inventaire des comportements ou *Child Behavior Check List*, les échelles de Conners, l'*ADHD rating scale-IV*, le questionnaire SNAP IV 26, etc.

⁵⁰ Confirmées par une méta-analyse regroupant 12 études et 1,85 million de participants au total (Nourredine *et al.*, 2021).

Concernant les troubles spécifiques des apprentissages, une méta-analyse portant sur la dyscalculie et ayant analysé des études provenant de huit bases de données internationales se présente comme un guide de recommandations pour le diagnostic et le traitement de ce trouble. Le diagnostic doit être établi en prenant en compte trois sources d'information : les tests appropriés, un examen clinique et les antécédents de la personne (comprenant une évaluation psychosociale). Une dizaine de tests sont référencés, correspondant à différents niveaux de scolarisation. Les auteurs citent une étude de cohorte anglo-saxonne⁵¹, affirmant que la dyscalculie est associée à des « *risques psychosociaux et économiques majeurs : 70 à 90 % des personnes touchées ont mis fin prématurément à leur scolarité à l'âge de 16 ans. [...] Leur probabilité d'être au chômage et de développer des symptômes dépressifs était deux fois plus élevée que celle des personnes sans dyscalculie.* » (Haberstroh et Schulte-Körne, 2019 : 107). Ils soulignent également que, souvent, la dyscalculie n'est pas reconnue comme telle, ce qui entraîne des expériences scolaires négatives pour ces enfants non diagnostiqués. En conséquence, les auteurs plaident en faveur d'un repérage et d'un traitement le plus précoce possible, dans une dynamique interdisciplinaire (nous avons traduit à partir de l'anglais) :

« Les enfants d'âge préscolaire qui sont considérés comme à risque de développer une dyscalculie doivent recevoir un traitement de soutien le plus tôt possible, car il a été constaté que cela avait un effet bénéfique sur le développement ultérieur de la compétence mathématique et sur les performances scolaires (31, 32). La décision de mettre fin au traitement dépend de l'évolution de la réponse et de facteurs individuels (par ex, la sévérité des symptômes comorbides). Le traitement doit donc être poursuivi tant qu'il est approprié et nécessaire selon l'équipe interdisciplinaire qui s'occupe de l'enfant (thérapeute, enseignant, médecin, etc.). » (*ibid.* : 112).

On remarque ici aussi que les effets socioéconomiques attribués aux troubles (chômage, difficulté d'insertion) sont mis en avant, rendant nécessaires le repérage et le traitement précoce de ces troubles.

⁵¹ Menée par l'*Institute of education* de l'Université de Londres, avec le concours de l'Union Européenne. Référence de l'étude : Parsons S., Bynner J. (2005). *Does numeracy matter more ?* London : National Research and Development Centre for Adult Literacy and Numeracy.

Dans un ouvrage collectif traitant de la rééducation cognitive chez l'enfant, Habib⁵² propose d'examiner la dyslexie avec la notion de « *dysconnectivité* ». Cette notion revient dans les études les plus récentes, utilisant notamment l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf). L'idée de l'auteur est d'utiliser les études par IRMf pour guider l'élaboration de traitements rééducatifs. Il reprend la définition de la dyslexie comme un trouble neurodéveloppemental, attestant que la suspicion du trouble intervient souvent lors des deux premières années d'apprentissage du langage écrit. Les difficultés ainsi repérées amènent l'enfant à un parcours diagnostique comprenant des tests standardisés chez un orthophoniste, et plus ou moins un bilan neuropsychologique. L'auteur insiste sur l'importance des « *ressources propres de l'enfant, tant en termes d'efficacité intellectuelle générale que de capacité à faire face émotionnellement à la difficulté.* » (Habib, 2018 : 45). Habib reprend plusieurs méta-analyses et études ayant mis en évidence le dysfonctionnement de trois aires corticales de l'hémisphère gauche⁵³ dans la dyslexie. Il différencie ainsi l'anatomie et le fonctionnement du cerveau du dyslexique par rapport à ceux du cerveau ordinaire, qu'il nomme « *neurotypique* » (*ibid.* : 47). L'auteur évoque l'absence de certitude sur le fait que la modification de ces aires cérébrales soit une cause ou une conséquence de la dyslexie. Cependant, voici ce qu'il écrit à ce sujet :

« À l'inverse, de nombreux travaux ont montré que l'activation en imagerie cérébrale lors de la lecture ou lors de tâches phonologiques chez le sujet dyslexique produit des résultats différents selon la langue maternelle (Paulesu *et al.*, 2001 ; Siok *et al.*, 2004), ou encore selon le statut socio-économique de la famille (Monzalvo *et al.*, 2012 ; Romeo *et al.*, 2017), suggérant que des facteurs purement socio-culturels soient capables de modifier la façon dont le cerveau réagit fonctionnellement à la présence d'un trouble neurodéveloppemental. » (*id.* : 48)

Bien que cette formulation contienne des incertitudes, nous pouvons constater une chose : la présence du trouble neurodéveloppemental n'est pas remise en question, même lorsque les facteurs socio-culturels sont mis en avant comme origines des difficultés. Après avoir exposé un certain nombre d'études, l'auteur en vient à sa thèse :

« Finalement, tout se passe comme si le déficit, chez le dyslexique, était la manifestation d'une dysconnectivité entre différentes régions corticales associée à (ou en relation causale avec) un

⁵² Neurologue spécialisé dans les troubles des apprentissages, il est notamment fondateur de la *Revue de Neuropsychologie*, coresponsable de la revue *Développements*, membre du comité experts de l'ANPEIP et président de NeurodysPACA (<https://www.neurodyspaca.org/>). Il a été auditionné en qualité d'expert pour le rapport de la HAS : *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?* publié en 2017.

⁵³ L'aire de Broca, l'aire de Geschwind et l'aire de la forme visuelle des mots.

défaut de synchronisation de l'activité oscillatoire des groupes de neurones en réponse à des stimuli auditifs de basse fréquence. » (*id.* : 51)

L'auteur propose ainsi la dysconnectivité comme « *modèle hypothétique éventuellement applicable à d'autres troubles neurodéveloppementaux* » (*id.* : 65), comme la dyscalculie ou le TDAH. Il reste centré sur ce qu'il nomme les « *atypies neurofonctionnelles* » (*id.* : 77) qui seraient présentes chez les enfants porteurs de ce type de troubles.

2.2.2. *Le discours sur le haut potentiel intellectuel*

Pour ce qui est du haut potentiel intellectuel, nous résumons ci-après trois articles publiés par des chercheurs et praticiens français (dont deux francophones) ainsi qu'une méta-analyse (nord-américaine).

Dans un article paru en 2009 dans les Archives de pédiatrie, Terrassier⁵⁴ argumente en faveur d'une dyssynchronie qui serait présente à plusieurs niveaux chez les enfants intellectuellement précoces. L'auteur parle de « *dyssynchronie interne* » pour désigner le décalage entre le développement affectif de ces enfants, qui serait davantage lié à leur âge réel qu'à leur « *âge mental* » (Terrassier, 2009 : 1604). À cela peut s'ajouter une « *dyssynchronie psychomotrice* », soit un décalage entre les développements psychomoteur et intellectuel⁵⁵ ainsi qu'une « *dyssynchronie sociale* ». Cette dernière peut s'observer à la fois en classe par un ennui voire un désintérêt, ainsi que de possibles difficultés dans l'enseignement secondaire, faute d'avoir mis en place, comme les autres élèves, les qualités d'effort, d'attention et d'organisation nécessaires au travail scolaire. L'auteur précise :

« Les enfants précoces non identifiés, dont l'enseignant n'attend qu'une efficacité scolaire dans la norme, vont tendre à se conformer à l'attente du maître et subir un décalage de plus en plus important entre ce qu'on leur fait faire et ce qu'ils auraient été capables de faire. C'est ce que l'on nomme " l'effet pygmalion négatif " qui tend à rendre conforme à la norme un enfant précoce qui doit alors renoncer à l'expression de son véritable potentiel. » (*ibid.* : 1605)

⁵⁴ Psychologue et fondatrice de l'ANPEIP, agréée par le ministère de l'Éducation nationale. Il a été consulté dans le cadre du rapport Delaubier pour « *La scolarisation des élèves " intellectuellement précoces "* », remis au ministère en 2002.

⁵⁵ Qu'il faut, précise l'auteur, distinguer d'une dyspraxie.

Ce type de dyssynchronie peut également s'exprimer dans les relations aux autres (moqueries de la part des pairs, recherche d'interactions avec des personnes plus âgées). L'auteur souligne toute la diversité de ces enfants, et donc des réponses éducatives à mettre en place pour chacun, et notamment, si nécessaire, l'accélération du rythme scolaire par un saut de classe. Il plaide pour une meilleure prévention, en amont des difficultés scolaires pouvant survenir chez ces enfants ; il soutient ainsi la formation des personnels de l'Éducation nationale définie dans la circulaire de 2007 que nous aborderons plus bas (partie 3.2.2.).

Dans un article de 2011 publié dans le *International Journal of Pediatrics*, Vaivre-Douret⁵⁶ s'intéresse aux enfants présentant des « *potentiels de haut niveau* » (« *high-level potentialities* ») ou étant « *particulièrement capables* » (« *particularly able* »). L'autrice discute en effet les différents termes employés pour désigner ces enfants, et critique la centration sur l'intelligence des expressions « *intellectuellement précoce* » et « *haut potentiel intellectuel* » (Vaivre-Douret, 2011 : 2). Elle explique son choix de dénomination par la diversité des compétences développées précocement par ces enfants : sensorielles, locomotrices, neuropsychologiques et linguistiques. La notion de potentiel permet, selon elle, d'envisager que les compétences de l'enfant pourront être plus ou moins développées selon certaines circonstances, notamment éducatives. L'autrice souligne que les échelles psychométriques restent les seuls outils objectifs dont disposent les praticiens pour le diagnostic, malgré l'absence de consensus pour les seuils retenus, avec des scores allant de 120 à 140, délimitant donc des populations contrastées (que nous approfondirons dans la partie 2.3.1.). En matière de prudence diagnostique, Vaivre-Douret précise que l'effet Flynn⁵⁷ est à prendre en compte ; tout comme les entretiens et questionnaires parfois utilisés comme compléments à l'échelle psychométrique, mais qui ne sont pas validés empiriquement. Partant du constat que la mesure de la stricte intelligence ne suffit pas à prédire la réussite sociale ou intellectuelle ultérieure, l'autrice présente d'autres modèles

⁵⁶ Professeure en neuropsychologie et psychologie du développement, responsable de l'équipe de recherche « neuro-développement et troubles des apprentissages » (unité 669, Inserm) et membre de l'équipe du centre national d'aide pour enfants et adolescents à haut potentiel (CNAHP). Elle a été consultée dans le cadre du rapport Delaubier (2002) et a participé à l'élaboration du « *Vademecum* - Scolariser un élève à haut potentiel » édité par le ministère de l'Éducation en 2019.

⁵⁷ L'effet Flynn est l'augmentation annuelle régulière d'un tiers de point de QI entre l'élaboration du test et la date de l'examen.

diagnostiques permettant de prendre en compte plusieurs dimensions. Par exemple, la théorie triangulaire de Sternberg⁵⁸ ou la vision de la douance proposée par Marland⁵⁹ (adoptée par le ministère américain de l'Éducation). Elle conclut, à partir des études citées, qu'il existe un développement cérébral plus précoce chez les enfants à hautes potentialités, permettant l'avancement des maturations neurosensorielles et motrices (acquisitions posturales, motrices et locomotrices, coordination oculomotrice et capacités attentionnelles). Tout ceci favoriserait des capacités d'apprentissage spécifiques du fait d'une activité cérébrale plus ciblée (par exemple, la meilleure conductivité nerveuse pourrait expliquer des performances perceptives élevées, comme une ouïe fine) ainsi qu'une plasticité cérébrale étendue. Vaivre-Douret résume (traduit à partir de l'anglais) :

« L'enfant à "hautes potentialités" pourrait ainsi posséder une forme spécifique de fonctionnement cérébral avec une grande capacité de traitement de l'information à sa disposition, ce qui lui confère une grande flexibilité, des avantages considérables en termes d'apprentissage et une plus grande plasticité cérébrale que l'enfant moyen. » (*ibid.* : 9)

L'autrice aborde également l'implication de facteurs génétiques et biologiques, mentionnant qu'« *une supériorité biologique semble exister chez les enfants surdoués* » (*id.* : 10), c'est-à-dire un haut potentiel d'origine biologique, endogène à l'enfant. Elle attire cependant l'attention sur un risque de dissociation dans le développement des fonctions susmentionnées, du fait d'une plasticité cérébrale spécifique chez ces enfants, mais aussi d'environnements plus ou moins favorables (socioculturel, éducatif, socioaffectif, etc.), ou du développement de troubles neuropsychologiques.

Une méta-analyse nord-américaine publiée en 2013 rassemble 46 articles ayant étudié les enfants doués (« *gifted* ») porteurs de troubles des apprentissages (« *learning disabilities* »). Si la littérature en la matière se développe, les auteurs pointent l'absence de consensus dans la manière de définir les enfants doués d'une part, et ceux porteurs de troubles des apprentissages d'autre part : toutes les études utilisent des critères différents pour circonscrire ces deux populations. Ils ajoutent que la question se complexifie d'autant plus

⁵⁸ Qui comprend les intelligences analytique, pratique et créative (R. J. Sternberg. (1988). *The Triarchicmind : A New Theory of Human Intelligence*, Viking-Penguin, New York).

⁵⁹ Qui évalue six domaines : aptitude académique spécifique, capacité intellectuelle générale, leadership, pensée créative, arts visuels et du spectacle, et aptitude psychomotrice (S. P. Marland. (1972). *Education of gifted and talented*, [report to the Subcommittee on Education, Committee on Labor and Public Welfare, U.S. Senate], U.S. Government Printing Office, Washington, DC).

que les chercheurs affirment fréquemment que les normes diagnostiques de la douance devraient être assouplies pour les enfants porteurs de troubles des apprentissages, car ces derniers infléchiraient artificiellement le score obtenu au test psychométrique. Les auteurs ont toutefois voulu vérifier, à partir de la littérature empirique, si des généralisations pouvaient être faites sur cette population particulière, notamment les critères utilisés pour les définir (comme enfants doués et comme enfants porteurs de troubles des apprentissages), et leurs caractéristiques cognitives (scores aux tests psychométriques) et scolaires (« *impairment* » : faiblesse ou non par rapport aux autres élèves). Les auteurs constatent que la littérature sur cette catégorie d'élèves est beaucoup moins fournie qu'on pourrait le supposer : les auteurs ont initialement recueilli 940 articles sur le sujet, dont seulement une petite cinquantaine présentant des données empiriques. Ils insistent sur la grande variabilité des critères utilisés pour identifier à la fois la douance et les troubles des apprentissages, et sur l'assouplissement de ces critères lorsqu'il s'agit de circonscrire la population présentant ces deux caractéristiques. En effet, les auteurs ont constaté des seuils abaissés pour les scores aux tests psychométriques, avec une moyenne pondérée de 122,8 (soit plus des 5 % de la population générale, si l'on postule une répartition harmonieuse en courbe de Gauss). Ils ont relevé la même défaillance pour le diagnostic de trouble des apprentissages, avec seulement 17 % des études examinées exigeant un faible niveau de réussite scolaire par rapport aux autres élèves. Les auteurs se demandent ainsi si la catégorie d'enfants doués et porteurs de troubles des apprentissages existe véritablement. Ceci car la diversité des critères de leur repérage entraîne un brouillage des frontières de cette catégorie : les auteurs proposent, en conclusion, une technique d'identification mieux appropriée de ces enfants. Ils préconisent ainsi le critère de douance strictement intellectuelle (même si les enfants excellent dans d'autres domaines), mesurée par des tests de QI standardisés dont seul le score total doit être retenu (et non le score à un seul des indices du test) et supérieur à 120 (Lovett et Sparks, 2013). Si cette méta-analyse se révèle originale dans sa posture critique de la catégorisation des enfants parfois trop hâtive, avec des critères pour le moins variables, ses préconisations restent du côté d'une nécessaire meilleure identification de ces élèves. Les auteurs ne remettent pas en question la dynamique de catégorisation, malgré le fait qu'ils répertorient toutes les faiblesses et la variabilité de cette dernière.

En 2018, quatre chercheuses⁶⁰ du centre national d'aide pour enfants et adolescents à haut potentiel (CNAPH) publient une étude dans l'Encéphale. Les autrices ont mené leur enquête à partir d'une population de 611 enfants à haut potentiel (EHP) en difficulté (scolaire et/ou psychologique). Elles soulignent que les problèmes scolaires concernent 76,6 % de l'échantillon, avec notamment des troubles des apprentissages incluant les troubles dys à hauteur de 28,8 % et un échec scolaire concernant 7,5 % de ces EHP. Les autrices citent plusieurs méta-analyses portant sur les effets de différents modes d'ajustement du parcours scolaire, dont certains semblent plus adaptés que d'autres pour les EHP (par exemple, les regroupements intraclasse, le saut de classe, les programmes d'enrichissement). Il est notable que les autrices émettent de sérieuses réserves quant à la comorbidité entre HPI et TDAH, en ayant effectué des vérifications auprès de 105 EHP et d'une population contrôle, à partir des critères diagnostiques du DSM-5 et de l'échelle de Conners. Cependant, elles soulignent à l'appui de plusieurs analyses une association significative entre le haut potentiel (notamment verbal) et les troubles anxieux. De manière générale, l'article conclut à une préoccupation nécessaire autour des EHP en difficulté, encourageant ainsi leur repérage et leur prise en charge, y compris dans le cadre scolaire *via* des adaptations (Tordjman *et al.*, 2018).

2.2.3. *Le discours sur le refus scolaire anxieux*

Concernant le refus scolaire anxieux, nous présentons ci-dessous deux méta-analyses ainsi que la présentation du récent Réseau international pour la fréquentation scolaire.

Une méta-analyse publiée en 2015 inclut huit études avec 435 enfants et adolescents présentant un refus scolaire anxieux (« *school refusal* »). Cette analyse reprend une définition communément admise de ce trouble, et qui la différencie de l'absentéisme scolaire d'une part et du retrait de l'école d'autre part (dans ce dernier cas, les parents jouent un rôle dans le fait que l'enfant ne se rende pas à l'école). Cette définition comprend cinq critères (traduit à partir de l'anglais) :

⁶⁰ Tordjman est professeure de pédopsychiatrie et responsable du CNAPH ; Chokron est neuropsychologue et directrice de recherche au CNRS ; Kermarrec est pédopsychiatre et docteur en psychologie ; cf. plus haut pour Vaivre-Douret. Trois d'entre elles ont participé à l'élaboration du « *Vademecum* - Scolariser un élève à haut potentiel » édité par le ministère de l'Éducation en 2019.

« Une définition communément utilisée du refus scolaire comprend (a) une réticence ou un refus d'aller à l'école, conduisant souvent à des absences prolongées, (b) le fait de rester à la maison pendant les heures d'école, sans dissimuler le problème aux parents (c) une détresse émotionnelle à l'idée d'aller à l'école (par exemple, des plaintes somatiques, une anxiété et un mécontentement), (d) l'absence de comportement antisocial grave, et (e) les efforts des parents pour assurer la présence de leur enfant à l'école. (Berg, 1997, 2002 ; Berg, Nichols, & Pritchard, 1969 ; Bools, Foster, Brown, & Berg, 1990). » (Maynard *et al.*, 2015 : 1)

Les auteurs indiquent que le diagnostic de refus scolaire n'existe pas en tant que tel dans le DSM-5, cependant les enfants présentant un refus scolaire sont souvent diagnostiqués avec d'autres troubles. Par exemple, dans environ 50 % des échantillons représentatifs collectés par des cliniques, les enfants en refus scolaire présentent des troubles anxieux (anxiété de séparation, phobie spécifique ou phobie sociale, trouble panique avec agoraphobie, etc.). Les auteurs ajoutent qu'il n'est pas rare, lorsque les enfants ne remplissent pas les critères diagnostiques d'un trouble anxieux, qu'ils ressentent tout de même une peur ou une anxiété liée à la fréquentation scolaire.

Les facteurs de risque pour ce trouble sont nombreux et complexes, et peuvent à la fois être prédisposants, précipitants et/ou perpétuants. Les auteurs distinguent les facteurs individuels (inhibition, peur de l'échec, etc.), familiaux (séparation, problème de santé mentale des parents, style parental surprotecteur, etc.), scolaires (intimidations, transition vers l'enseignement secondaire, structure de la journée, etc.) et communautaires (pression pour réussir scolairement, services de soutien inadaptés, etc.). Ils insistent sur les effets négatifs du refus scolaire sur la réussite, sur le risque de décrochage scolaire précoce, mais aussi d'une inadaptation sociale et de problèmes de santé mentale apparaissant à la fin de l'adolescence et perdurant à l'âge adulte.

Cette méta-analyse se centre donc sur l'évaluation de l'efficacité des traitements proposés en cas de refus scolaire, sur l'augmentation de l'assiduité scolaire et la diminution de l'anxiété. Des huit études retenues, six ont employé des traitements psychosociaux, et deux des traitements médicamenteux et psychosociaux. Il est par ailleurs notable que les deux plus anciennes (1984 et 1989) n'évaluent que l'assiduité : nous pouvons y voir l'émergence plus tardive de la dimension anxieuse dans la définition de ce trouble. Les auteurs décrivent un contexte d'incertitude quant à l'interaction des deux composantes : la réduction de l'anxiété permet-elle une augmentation de la fréquentation scolaire, et *vice versa* ? Trois types de traitements psychosociaux sont décrits dans la littérature : l'approche psychodynamique, la thérapie familiale, et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Ce sont les TCC qui

sont le plus fréquemment rapportées dans la littérature : pour résumer, il s'agit d'exposer graduellement l'enfant au contexte scolaire, en parallèle d'exercice de relaxation et d'un entraînement de ses compétences sociales, afin de réduire son anxiété. Le personnel scolaire est souvent associé afin de moduler le cadre scolaire pour cet enfant. Les auteurs citent les risques de biais de détection et de sélection dans les études retenues (notamment parce que les auteurs n'ont pas décrit les procédures de randomisation).

L'analyse montre des résultats mitigés concernant l'assiduité et l'anxiété. D'une part, l'augmentation précoce de l'assiduité scolaire empêcherait le renforcement de l'anxiété, mais aussi la multiplication des expériences agréables en dehors de l'école, et préviendrait les déficiences scolaire et sociale. D'autre part, aucun effet des traitements sur l'anxiété elle-même n'a pu être mis en évidence. Les auteurs avancent même que l'exposition accrue à l'école par les TCC pourrait augmenter l'anxiété à court terme. Pour finir, les effets des traitements psychosociaux à long terme (au-delà de quelques mois) sur l'assiduité et l'anxiété n'ont pas pu être analysés, par manque de données. En conséquence, les auteurs soulignent la nécessité d'études plus solides et rigoureuses sur les effets à long terme des traitements du refus scolaire (*ibid.*).

Un article collectif, écrit par une vingtaine d'auteurs, retrace la création, en 2018, de l'« *International Network for School Attendance* » (INSA), soit le Réseau international pour la fréquentation scolaire, et expose ses missions. Ce réseau entend lutter contre les défauts de fréquentation scolaire (dont le refus scolaire anxieux). Les auteurs débutent par énumérer les associations entre ces phénomènes et divers problèmes : des résultats scolaires médiocres, un développement socioaffectif altéré, des problèmes de santé mentale, à des comportements à haut risque (notamment la consommation de toxiques), ainsi qu'à l'abandon scolaire et au chômage qui s'ensuit. De manière générale, ces défauts de fréquentation scolaire « [coûtent] à la société sous la forme d'une baisse des taux de réussite et de la productivité » (Heyne *et al.*, 2020 : 1024). Les auteurs constatent qu'il n'existe pas de consensus sur la définition et les classifications de ces phénomènes. Ceci entraîne des interventions contrastées et cloisonnées selon les secteurs professionnels impliqués (travail social, sociologie, psychologie, éducation, psychiatrie, etc.). Ainsi, ce réseau international souhaite améliorer le traitement de l'absentéisme scolaire *via* une approche holistique et pluridisciplinaire. En l'absence d'une classification officielle, les auteurs identifient que

« quatre types de [problèmes de fréquentation scolaire] — refus de l'école, école buissonnière, retrait de l'école et exclusion de l'école — semblent être les plus courants. » (*ibid.* : 1025). Ces quatre catégories distinctes nécessiteraient chacune des interventions appropriées. Les auteurs plaident pour l'adoption d'un programme de recherche commun au niveau international, ainsi que le développement de protocoles d'évaluation et d'intervention multiniveaux (*id.*).

Enfin, une autre méta-analyse publiée en 2021⁶¹ se fixe pour objectif de synthétiser, à partir de 148 études, les caractéristiques et les causes des symptômes somatiques dans le cadre du refus scolaire anxieux, ainsi que la gestion de ces symptômes. Les auteurs mettent en lumière que les symptômes somatiques non spécifiques constituent fréquemment les premières plaintes du trouble. On retrouve chez ces enfants des douleurs abdominales, diarrhées, nausées et vomissements, des céphalées et des vertiges, mais aussi des douleurs musculaires ou articulaires, une fatigue et des palpitations. Ces symptômes ne sont, dans la plupart des cas, pas liés à une maladie physique identifiable : l'anxiété est l'étiologie la plus récurrente. Cependant, les auteurs pointent le retard de l'orientation vers un psychologue ou un psychiatre pour les enfants présentant ces symptômes, par méconnaissance des comorbidités psychologiques. Ils définissent les thérapies les plus efficaces, notamment une thérapie comportementale dialectique et un entraînement à la relaxation et à la respiration. Les auteurs concluent à la nécessité d'une meilleure compréhension et prise en charge des symptômes somatiques dans le refus scolaire anxieux, conduisant à une prise en charge de l'anxiété elle-même par des thérapies efficaces et de la psychoéducation. Ils plaident pour une approche multidisciplinaire, avec une collaboration renforcée entre le personnel scolaire, les médecins et les psychologues et psychiatres qui peuvent traiter ces enfants (Li *et al.*, 2021).

⁶¹ Dans les auteurs figure notamment Moro, pédopsychiatre, psychanalyste et PU-PH. Elle dirige la Maïon de Solenn et est co-auteurice du rapport de la « Mission bien-être et santé des jeunes » publiée par le ministère de l'Éducation nationale en 2016.

2.2.4. Synthèse

Quel que soit le diagnostic évoqué, les études sont unanimes sur le risque d'échec ou de décrochage scolaire qu'il entraîne, amenant à un risque accru de chômage, ainsi que sur les comorbidités (somatiques et/ou psychiatriques). Ces trois éléments génèrent des coûts économiques de santé et/ou sociaux, voire une perte de productivité pour ce qui est du défaut d'insertion sur le marché de l'emploi. Les méta-analyses pointent, pour la plupart, des biais dans les études qu'elles ont collectées, et nous pouvons souligner que ces biais concernent souvent la manière de circonscrire la population cible, soit de définir le trouble étudié.

À travers toutes ces études, le point le plus frappant est certainement la caractérisation de plus en plus précise et fine des troubles, avec tout un vocabulaire déployé autour de chaque diagnostic. Ce quadrillage très précis n'empêche nullement des définitions extrêmement plastiques, qui peuvent varier ou être critiquées d'une étude à l'autre. Nous remarquons également une tendance globale à la technicisation du repérage, par les évaluations, des échelles et tests standardisés. Enfin, un fait central pour notre recherche est la place donnée à l'école dans le repérage des troubles : elle est, selon l'ensemble des auteurs, le lieu central et premier où les difficultés, prémices des troubles, se manifestent.

Avant de revenir sur le repérage — technique et quasi systématisé — des troubles au sein de l'école, nous allons à présent approfondir le flou définitionnel pour chaque diagnostic.

2.3. Insuffisance et fragilités des catégories diagnostiques

Nous allons ici montrer les limites et les fragilités des diagnostics scolaires. Dans un premier temps, nous examinerons les prévalences de ces diagnostics ainsi que leur variabilité, faute de données épidémiologiques stabilisées à partir d'une définition faisant consensus. Nous explorerons dans un second temps leurs entrelacements sous forme de comorbidités. Enfin, nous exposerons les concepts de plasticité cérébrale et d'épigénétique, qui contribuent à nuancer les discours centrés sur les aspects neurocognitifs et psychogènes des diagnostics.

2.3.1. Les prévalences et leur grande variabilité

Les taux de prévalence pour les différents troubles se révèlent extrêmement variables. Pour chacune des catégories diagnostiques, nous recensons ci-après les variations des prévalences, pour la population des enfants en âge d'être scolarisés.

Commençons par la catégorie des troubles spécifiques des apprentissages et du trouble développemental de la coordination, soit les troubles dys, souvent associée à celle du TDAH.

En 2007, L'Inserm avançait avec prudence les chiffres suivants pour la dyslexie :

« En France, en l'absence de données épidémiologiques fondées sur des cohortes d'enfants de l'envergure des cohortes anglophones (Rodgers, 1983 ; Katusic et coll., 2001), trois études, sur la base de critères et d'épreuves différents, indiquent une prévalence comprise entre 6 % et 8 % » (Inserm, 2007a : 176)

Selon la Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement, la dyslexie concernerait 5 à 17 % des enfants (Compagnon, 2022). La Stratégie nationale de santé 2018-2022 énonce des statistiques différentes :

« 6,6 % à 7,5 % [des enfants de CE1] présenteraient une forme spécifique, sévère et durable des troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographe) ; les troubles d'acquisition des coordinations concerneraient 6 % des enfants entre 5 et 11 ans ; le trouble déficit d'attention/hyperactivité concernerait de 3 à 5 % des enfants de 6 à 12 ans. » (MSS, 2017 : 77)

Le trouble développemental de la coordination concernerait 1,8 % à 5,4 % des enfants (Inserm, 2019 : 10). Cette statistique revoit à la baisse celle énoncée ci-dessus par la Stratégie nationale de santé (6 %), qui correspond à celle estimée par la Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement, mais cette fois-ci calculée en population générale (Compagnon, 2022).

La prévalence de la dyscalculie se situerait entre 5 et 7 % (Inserm, 2007a : 292).

Concernant le TDAH, il toucherait entre 3,5 % et 5,6 % des enfants de 6 à 12 ans (Lecendreux *et al.*, 2011), selon une étude épidémiologique faisant référence au niveau national (Galera *et al.*, 2016 ; Habib, 2011 ; HAS, 2014). Une étude plus récente, et reprenant les données mobilisées par la précédente, aboutit à seulement 0,3 % de prévalence pour la même population (Ponnou, 2020 ; Ponnou et Haliday, 2021).

Pour ce qui est du haut potentiel intellectuel, il concernerait 2 à 5 % des élèves selon le ministère de l'Éducation nationale (MEN, 2020c), et 2,3 % des enfants d'âge scolaire selon un collectif de chercheuses spécialisées dans ce diagnostic (Tordjman *et al.*, 2018).

Enfin, le refus scolaire anxieux concernerait 1 % des enfants d'âge scolaire selon le site « tousalecole.fr », qui bénéficie du soutien du Ministère de l'Éducation nationale, du Ministère de la Santé et du Secrétariat d'État aux Personnes handicapées, ainsi que du patronage de l'Académie de médecine (*Tous à l'école*, 2015). La « *Mission bien-être et santé des jeunes* » estime que « 4 à 5 % des élèves entre 6 à 11 ans présentent des troubles anxieux préoccupants. 1 % manifeste une phobie scolaire dès l'école primaire » (Brison et Moro, 2016 : 22). Enfin, selon l'association phobie scolaire⁶², 25 % d'enfants seraient concernés par des « *troubles scolaires anxieux* » au cours de leur scolarité (Association Phobie scolaire, 2022).

Après ce bref exposé, examinons de plus près la variabilité des prévalences des troubles spécifiques des apprentissages selon les définitions, les critères et les outils employés. La HAS synthétise ces difficultés et leurs conséquences :

« L'estimation de la prévalence des troubles spécifiques des apprentissages est rendue difficile par les choix des seuils et des outils d'évaluation utilisés. Les estimations globales issues d'études internationales révèlent des troubles fréquents de l'ordre de 8 % des enfants par classe d'âge pour l'ensemble des troubles. L'association de plusieurs troubles est fréquente, ce qui contribue à retarder le diagnostic, compliquer la prise en charge thérapeutique et grever le pronostic. » (HAS, 2017 : 7)

L'Inserm résume la fragilité des résultats des études épidémiologiques concernant l'ensemble des troubles spécifiques des apprentissages :

« Le diagnostic opérationnel “ d'un cas ” exige plusieurs examens avec de nombreux tests répétés au cours de plusieurs mois voire plusieurs années. Une telle approche ne peut pas être reproduite dans le cadre d'études épidémiologiques en population générale. Par ailleurs, dans les études épidémiologiques, les critères peuvent varier d'un auteur à l'autre et les seuils choisis également. Il n'est donc pas surprenant que les chiffres publiés de prévalence soient très variables. » (Inserm, 2007b : 17)

⁶² Comptant parmi ses soutiens une quinzaine de psychiatres, pédopsychiatres et psychologues reconnus dans le champ de la recherche scientifique autour de ces problématiques.

On observe par exemple une variabilité importante des prévalences de la dyslexie selon la définition retenue :

« Pour la langue anglaise, compte tenu des différentes définitions possibles, la prévalence de la dyslexie varie, selon les études, de 2,3 % à 12 % ou plus. » (Inserm, 2007a : 175)

Au-delà des problèmes de définition et de critère, l'effet des caractéristiques géographiques et socioéconomiques ne peut être exclu. Les auteurs prennent l'exemple de la prévalence de la dyslexie en Grande-Bretagne, de 3,6 % sur l'île de Wight et de 9,3 % à Londres où la population est plus défavorisée (Inserm, 2007b : 18). L'instabilité des classifications dans le temps rendent également plus ardu un suivi longitudinal :

« Les études longitudinales indiquent que la dyslexie persiste avec l'âge et représente donc un déficit non transitoire du développement même si le suivi longitudinal des enfants dyslexiques pose un problème de stabilité des classifications dans le temps. Ces classifications étant établies à partir d'un seuil, de petites variations dans les scores sur un continuum peuvent faire passer certains enfants d'un côté ou l'autre des limites pré-définies. » (*ibid.* : 18)

Une récente étude comparative sur les troubles de la lecture confirme les écarts de prévalence selon les critères sur lesquels on se base pour le diagnostic. Ainsi, la prévalence serait 6,6 % sur la base des critères du DSM-5, contre 3,5 % sur la base de ceux de la CIM-11 (Ramus *et al.*, 2021).

La dyscalculie ne dispose pas non plus d'étude de prévalence fiable, en raison de critères différents selon les études, mais aussi d'une absence de consensus sur l'origine de ce trouble :

« Ainsi, la conclusion de Gross-Tsur et coll. (1996) selon laquelle le nombre d'enfants affectés par la dyscalculie est comparable à celui des enfants atteints de dyslexie est loin d'être garantie. Il semble au contraire que les rapports décrivant la dyscalculie comme une difficulté d'apprentissage peu fréquente ou en tous cas moins fréquente que les troubles d'apprentissage de la lecture soient plus près de la vérité (O'Hare et coll., 1991 ; American Psychiatric Association, 2004). » (Inserm, 2007a : 296) ;

« La plus grande partie des travaux sur la dyscalculie et les difficultés d'apprentissage de l'arithmétique sont consacrés à la description et à l'analyse des troubles afin d'en cerner les causes et déterminants. Si la description des troubles et de leur évolution avec l'âge est relativement consensuelle, on verra que les avis sur leur origine divergent fortement et qu'à l'heure actuelle, les causes de la dyscalculie demeurent encore obscures. » (*ibid.* : 304)

Pour le trouble développemental de la coordination, l'Inserm reconnaît une grande hétérogénéité avec absence de consensus :

« Actuellement, le terme TDC recouvre une grande hétérogénéité sans qu'une typologie consensuelle ait été identifiée » (Inserm, 2019 : 6) ;

« À l'âge scolaire, les prévalences varient de 1,8 % à 5,4 % quand on considère le 5e percentile de la MABC comme seuil pour interpréter que la performance motrice est significativement inférieure à la normale compte tenu de l'âge chronologique. Elles varient de 6,7 % à 27,7 % quand la valeur seuil considérée est le 15e percentile, avec une surreprésentation du trouble chez les garçons (sex ratio 1,8 :1). Cette variabilité est liée aux modalités de sélection des populations observées, à leurs caractéristiques (exclusion ou non des enfants avec déficience intellectuelle, trouble neurologique ou psychologique sévère), à la prise en compte ou non du retentissement du trouble sur la vie quotidienne ou les performances académiques. » (*ibid.* : 10)

Ces écarts importants dans les prévalences des troubles vont de pair avec la variabilité des définitions et des critères diagnostiques retenus par chaque étude. Les outils employés ainsi que les caractéristiques socioéconomiques, linguistiques et géographiques des populations étudiées ont également une influence sur cette hétérogénéité.

Concernant le TDAH, l'étude de Lecendreux *et al.* citée plus haut a procédé par une enquête téléphonique auprès de 1012 familles d'enfants âgés de 6 à 12 ans. Un rapport de la HAS en livre une synthèse, retenant seulement la première borne de la prévalence :

« L'évaluation de la prévalence en France varie en fonction de la méthode diagnostique et des critères de mesure utilisés. Une enquête téléphonique menée en 2011 a estimé à 3,5 % la prévalence du TDAH chez les enfants de 6 à 12 ans, et parmi eux 45,5 % présenteraient une dominante "trouble de l'attention", 35,9 % une dominante "hyperactivité-impulsivité" et 17,6 % présenteraient une combinaison des deux composantes (Lecendreux 2011). » (HAS, 2014)

C'est donc au moyen d'un démarchage téléphonique que ce taux de prévalence a été calculé, c'est-à-dire que les enfants et les familles n'ont pas été rencontrés par les enquêteurs. Nous soulignons ce point comme une faiblesse de la méthodologie d'enquête puisque le TDAH est un diagnostic clinique. Un deuxième point de critique que nous pouvons émettre est la déclaration de conflits d'intérêts de cette étude : l'entreprise pharmaceutique *Shire Development Corporation* a contribué à son financement. Le TDAH étant le seul trouble

pouvant donner lieu à une prescription de méthylphénidate⁶³, ce lien d'intérêt a de quoi nous interroger, et renforcer notre prudence quant aux résultats présentés par l'étude.

En 2020, Ponnou et Haliday recalculent la prévalence du TDAH en France, à partir des données présentes dans l'article susmentionné et d'un rapport édité en 2017 par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament au sujet de la consommation de méthylphénidate (ANSM, 2017). Les auteurs interrogent le taux de prévalence de 3,5 % en inférant le nombre d'enfants diagnostiqués à partir du taux de traitement médicamenteux⁶⁴ dans la population des 6-12 ans établi par Lecendreux *et al.*, soit 36,5 %. Ils arrivent ainsi à 9555 enfants traités, et en prenant en compte les enfants diagnostiqués mais non traités (63,5 %), à 15 622 enfants diagnostiqués avec un TDAH, soit 0,3 % en termes de prévalence, en France en 2008⁶⁵ (Ponnou, 2020 ; Ponnou et Haliday, 2021).

Cette variabilité se retrouve à l'international. Par exemple, dans les années 2000, la prévalence variait de 5,6 % au Nevada à 14,3 % en Alabama d'après une étude de Visser *et al.*⁶⁶, tandis qu'en Lombardie (Italie), elle était d'environ 0,5 % en 2012⁶⁷ d'après Bonati et Reale ; ces deux études étant citées par Ponnou *et al.* (2020).

Selon plusieurs chercheurs, nous pourrions observer une augmentation de la prévalence du TDAH dans les futures études, du fait de l'évolution des critères diagnostiques définis par le DSM-5 (Galera *et al.*, 2016).

⁶³ Molécule dont l'indication thérapeutique est essentiellement le TDAH (de manière marginale, il peut être prescrit dans des cas de narcolepsie).

⁶⁴ Ce taux a été remis en cause après publication de l'article, notamment par Ramus via son blog (<https://scilogs.fr/ramus-meninges/la-prevalence-du-tdah-peut-elle-vraiment-etre-de-03/>), ce dernier assurant que le « traitement » du TDAH mentionné dans l'étude n'était pas que médicamenteux. Cependant, il se trouve que Lecendreux *et al.* comparent ce taux de traitement à d'autres, uniquement médicamenteux, notamment aux États-Unis et en Allemagne. L'argument avancé par Ramus n'est donc que peu valable. Références des études : Olfson, M., Gameroff, M. J., Marcus, S. C., & Jensen, P. S. (2003). *National trends in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1071-1077 ; Schmidt-Troschke, S. O., Ostermann, T., Melcher, D., Schuster, R., Erben, C. M., & Matthiessen, P. F. (2004). *The use of methylphenidate in children : Analysis of prescription usage based in routine data of the statutory health insurance bodies concerning drug prescriptions*. *Gesundheitswesen*, 66, 387-392.

⁶⁵ Il est à noter qu'une erreur de calcul marginale a été pointée par Ramus (et reconnue par les auteurs), amenant le nombre d'enfants traités à 12 053 au lieu de 9555. Cependant, ce chiffre ne change que peu la portée des résultats ainsi obtenus, tant le différentiel de prévalence est important.

⁶⁶ Référence de l'étude : Visser S. N. *et al.* (2010). *Increasing prevalence of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder among children*. United States, 2003 and 2007. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 59(44) : 1439–1443.

⁶⁷ Référence de l'étude : Bonati M. & Reale L. (2013). *Reducing overdiagnosis and disease mongering in ADHD in Lombardy*. *BMJ* 347 : f7474.

Le haut potentiel intellectuel, nécessitant le passage d'un bilan de type échelle de Weschler (test de QI), connaît également des variations du seuil à partir duquel le diagnostic peut être posé :

« Si le classement par le “ QI ” constitue, en France, la seule échelle acceptée par l'ensemble des partenaires, les avis sont plus partagés pour fixer le seuil au-delà duquel il sera possible de parler de “ précocité ” ou de “ surdouement ” : le niveau pris en compte pour établir ce seuil varie, selon les 5 points de vue, de 120 à 140, voire au-delà. Il est, par exemple, fixé à 135 par Terman (International Encyclopaedia of Education, p. 2492), à 120 dans certains états américains (cf. Encyclopaedia Britannica), ou encore à 125 par le psychologue Jean-Charles Terrassier, fondateur de l'ANPEIP (Les enfants surdoués ou la précocité embarrassante — 1991/1999, p. 24). » (Delaubier, 2002 : 4-5)

Ce même rapport rappelle que la mesure n'est pas indépendante de l'instrument utilisé, c'est-à-dire du test choisi — puisqu'il en existe plusieurs. Il pointe également une influence de l'environnement :

« la mesure du quotient intellectuel n'est pas indépendante du contexte socioculturel [...] Un quotient de 120 évalué à partir d'une même batterie de tests ne doit pas être apprécié de la même manière s'il concerne un enfant vivant dans un milieu d'immigration récente ou dans un environnement particulièrement favorable. » (*ibid.* : 5)

Un article que nous avons précédemment cité, écrit par un groupe de chercheuses spécialisées, pointe également les écarts du seuil diagnostique :

« Le choix d'un QI au-dessus de 130 pour définir le haut potentiel intellectuel a été réalisé à partir de l'analyse de la distribution du QI de Wechsler qui suit une courbe de Gauss et correspond au seuil statistique de deux écarts-types au-dessus de la moyenne, avec une moyenne se situant à 100 et un écart-type de 15. Néanmoins, certains professionnels tiennent compte de l'intervalle de confiance (IC de 90 % : étendue de scores autour du score observé dans laquelle on a 90 % de probabilité d'avoir le vrai score) et parlent de haut potentiel intellectuel quand le QI est supérieur à 125, comme c'est le cas en Slovénie et pour certains psychologues Français, voire 120 pour Sisk [1]. À l'inverse, certains pays considèrent que le QI doit être au moins de 135 et même au-dessus de 140 » (Tordjman *et al.*, 2018 : 447).

D'autres chercheurs évoquent la possibilité que certains enfants à haut potentiel n'obtiennent cependant pas le « chiffre seuil » au test :

« Selon l'OMS, le haut potentiel se définit par un quotient intellectuel total (QIT) au WISC supérieur ou égal à 130. Cependant, certains enfants HP ont un QIT inférieur car leurs performances dans les différents subtests du WISC ne sont pas homogènes, notamment si des troubles associés (trouble attentionnel, anxiété...) les pénalisent dans certaines épreuves. » (Fumeaux et Revol, 2014)

Le ministère de l'Éducation nationale ajoute à cela que les élèves à haut potentiel constituent une population extrêmement hétérogène :

« Il faut souligner la très grande diversité de leurs profils (langage, mémoire, adaptation, motivation, personnalité, etc.). Ils n'ont en commun que le fait de bénéficier de certaines capacités remarquables et l'écart constaté entre ces capacités et les performances réalisées, en particulier en milieu scolaire. Cette extrême diversité peut expliquer la variété des termes employés pour identifier ces élèves : “ intellectuellement précoces ”, “ doués ”, “ surdoués ”, “ talentueux ”, “ à haut potentiel ”, “ manifestant des aptitudes particulières ”, etc. À travers les mots, ce sont des concepts différents qui sont utilisés. D'un pays à l'autre, d'un contexte à l'autre, parfois d'un établissement à l'autre, on ne parle pas exactement des mêmes élèves. » (MENDGESCO, 2009)

Ainsi, pour l'ensemble des diagnostics scolaires, nous voyons nettement à quel point la manière dont on définit les critères d'un trouble agit directement sur la prévalence de ce dernier. Cette hétérogénéité des définitions et des bornes employées par les différents acteurs constituera un axe analytique central dans nos résultats d'enquête.

2.3.2. Comorbidités et ressemblances des diagnostics

Vient s'ajouter à la variabilité des critères définitionnels un entrecroisement des différents diagnostics, constituant chacun une potentielle comorbidité. L'Inserm avance l'hypothèse d'un « *fond de comorbidité* », soit un point de jonction possible entre les différents troubles neurodéveloppementaux :

« Il pourrait exister un “ fond de comorbidité ” entre les troubles développementaux de coordination (DCD), les troubles déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), les troubles de la lecture et les troubles du langage oral (SLI). » (Inserm, 2007a : 664) ;

Les recommandations publiées en 2014 par la HAS évoquent plusieurs comorbidités du TDAH avec les troubles spécifiques des apprentissages, le trouble oppositionnel avec provocation et les troubles des conduites, mais aussi avec les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles du spectre autistique, etc. Pour ce qui est de la comorbidité entre TDAH et troubles des apprentissages, le guide mentionne :

« Les troubles des apprentissages repérés en milieu scolaire sont fréquemment associés au TDAH. Ils comprennent les troubles spécifiques des apprentissages (de 25 à 40 %), les troubles du langage et les troubles de l'acquisition de la coordination. » (HAS, 2014 : 42)

Un récent rapport d'expertise collective, publié par l'Inserm à-propos du trouble développemental de la coordination, décrit l'hétérogénéité de ses formes, et insiste sur les associations avec d'autres diagnostics :

« À cette hétérogénéité s'ajoutent des associations fréquentes avec d'autres troubles, comme le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les troubles des apprentissages (dysgraphie, dyscalculie, dyslexie, dysorthographe), les troubles du langage, etc. » (Inserm, 2019 : XIII) ;

« Les troubles de la coordination motrice, du langage, de l'attention et des apprentissages (dyslexie, dyscalculie, etc.) peuvent coexister chez un même enfant avec une fréquence supérieure à celle attendue si ces difficultés étaient indépendantes. **En population générale, les associations de troubles du neurodéveloppement existent dans 15 à 20 % des cas, c'est-à-dire qu'elles concernent environ 50 % des enfants présentant au moins une difficulté** » (*ibid.* : 12)

C'est donc en toute logique que ce groupe d'experts préconise de prendre en compte, dès le premier bilan diagnostique :

« les éventuels troubles associés en portant une attention particulière aux troubles neuro-développementaux fréquemment associés — trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), troubles du langage et des apprentissages (trouble de la lecture, trouble de l'écriture, trouble du calcul, etc.) — et de pouvoir en repérer les signes » (*id.* : 59)

Ce risque de comorbidités se retrouve également dans le haut potentiel intellectuel, comme l'expose le *vade-mecum* visant à scolariser un élève à haut potentiel, publié dans le cadre de la loi pour une école de la confiance :

« Un EHP peut être porteur d'un trouble spécifique des apprentissages et le compenser parfois jusqu'au collège ou au lycée, grâce à des stratégies d'adaptation efficaces. Il pourra donc être en difficulté à un moment donné de sa scolarité et éprouver une grande anxiété, une baisse de l'estime de soi, voire un état dépressif pouvant aller jusqu'au décrochage scolaire. » (Bureau de la personnalisation des parcours scolaires et de la scolarisation des élèves en situation de handicap — DGESCO, 2019 : 7)

Nous pouvons ajouter à tout cela que la grande majorité des études et rapports officiels traitant des troubles dys, du TDAH ou du haut potentiel intellectuel évoque le risque de décrochage scolaire, voire de phobie ou refus scolaire anxieux.

Les recommandations actuelles systématisent ainsi le dépistage d'autres troubles potentiellement associés au diagnostic principal. On a donc toutes les raisons de repérer précocement ces enfants, dans l'espoir de remédier à leurs difficultés potentiellement

multiples et entravant, notamment, leur parcours scolaire. Additionné au caractère durable des troubles du neurodéveloppement, le diagnostic une fois posé laisse peu de possibilités à l'enfant d'emprunter un parcours scolaire ordinaire, sans différenciation pédagogique ou du rythme par rapport à l'ensemble de ses camarades.

Les catégories diagnostiques s'entrecroisent, du fait de leurs contours flous, de leurs manifestations ou « *symptômes* » non spécifiques, et bien évidemment de l'absence d'un substrat biologique permettant de les discriminer. Par exemple, plusieurs articles mettent en évidence une vulnérabilité des enfants avec un HPI aux troubles anxieux, surtout lorsque l'indice de compréhension verbale⁶⁸ est particulièrement élevé (Kermarrec *et al.*, 2020 ; Tordjman *et al.*, 2018), ou bien à une anxiété globale liée à leur « *forte sensibilité et leur imaginaire développé* » (Terrassier, 2009). Des comorbidités entre HPI et difficultés socioémotionnelles, mais aussi entre HPI et troubles des apprentissages sont mises en avant (Vaivre-Douret, 2011). Un article paru en 2008 dans *La Revue du Praticien* précise que le diagnostic de trouble des apprentissages dépend des pôles comportemental, cognitif et émotionnel ; et de la manière dont ils se sont liés au cours du développement de l'enfant. L'auteur décrit les comorbidités qui peuvent en résulter :

« Des déficits cognitifs prédéterminés [...] peuvent gêner l'apprentissage. L'enfant, outre son incapacité structurelle à acquérir des connaissances (dans le domaine de la lecture, l'écriture et l'orthographe, ou du calcul), peut manifester au cours du temps sa difficulté à s'adapter sous une forme comportementale (trouble des conduites, opposition) ou sous une forme émotionnelle (trouble de l'humeur, anxiété). » (Gérard, 2008 : 738)

En conséquence, « *des tableaux de " phobie scolaire " peuvent s'installer* » chez les enfants dont les troubles des apprentissages résultent de difficultés émotionnelles (*ibid.* : 740). La méta-analyse portant sur la dyscalculie (présentée dans la partie 2.2.1.) met en avant nombre de comorbidités à ce trouble. Nous y retrouvons un risque élevé pour les enfants dyscalculiques de présenter également une dyslexie, un TDAH, mais aussi des troubles « *internalisés* » (tels que des troubles anxieux ou une phobie scolaire) ou « *externalisés* » (telles que des comportements agressifs). En conséquence, les auteurs recommandent un dépistage des enfants diagnostiqués dyscalculiques pour ces autres types de troubles (Haberstroh et Schulte-Körne, 2019). Une autre méta-analyse rassemblant 58 études établit une corrélation entre les troubles des apprentissages (« *learning disabilities* » dans la version

⁶⁸ Un des quatre indices permettant de calculer le QI total, dans le cadre du test de WISC, qui est le plus utilisé pour diagnostiquer le HPI.

originale de l'article) et un risque de symptomatologie anxieuse majorée chez les enfants et adolescents d'âge scolaire. Les résultats de cette méta-analyse sont toutefois nuancés, au sens où, si 70 % des élèves atteints de troubles des apprentissages présentent une symptomatologie anxieuse plus élevée que celle des autres élèves, la taille d'effet (*overall effect* = .61) est considérée comme moyenne. Ainsi, les auteurs concluent que les problèmes d'anxiété ne doivent pas être considérés comme inévitables, car la majorité des élèves présentant des troubles des apprentissages et des symptômes d'anxiété plus élevés que les autres n'éprouvent pas ces symptômes à des niveaux cliniquement significatifs (Nelson et Harwood, 2011 : 12).

Un ouvrage paru en 2014 expose un état des lieux concernant les comorbidités entre TDAH et haut potentiel (c'est nous qui soulignons) :

« Ainsi, une étude confirme que le TDA/H est sous-diagnostiqué chez les enfants HP (Hartnett, Nelson, Rinn, 2003). Celui-ci n'est pas rare et serait très proche cliniquement du TDA/H en général (Revol, Berthier, Fournier et al., 2006 ; Tordjman, 2006 ; Antshel, 2008). En outre, les hauts potentiels présentant un profil hétérogène au WISC-IV auraient plus de chance de présenter un TDA/H que leurs pairs au profil harmonieux (Loureiro, 2009). **Les identifier devient un vrai défi.** » (Fumeaux et Revol, 2014 : 330)

Les auteurs soulignent donc la difficulté d'identifier, mais aussi de départager les enfants présentant un trouble ou bien l'autre.

Retenons de ces quelques exemples un fait central : les comorbidités qui s'entrecroisent entre les diagnostics scolaires rendent ces derniers particulièrement plastiques, et qui semblent même insaisissables sous une forme clinique stabilisée. Ces catégories diagnostiques semblent donc comporter, chacune, des contours excessivement poreux et élastiques. Nous allons à présent nous pencher sur les notions de plasticité cérébrale et d'épigénétique. Ces deux notions peuvent apporter des éclairages, notamment concernant les troubles neurodéveloppementaux. Nous examinerons surtout l'usage qui en est fait concernant les diagnostics scolaires.

2.3.3. Les notions de plasticité cérébrale, d'épigénétique et d'environnement

Les neurosciences cognitives⁶⁹ sont porteuses d'espoir dans le domaine des difficultés d'apprentissage et l'éducation en général. La mise en évidence de la plasticité cérébrale et du « *recyclage neuronal* » (Dehaene, 2018 ; Dehaene et Cohen, 2007 ; Kolinsky *et al.*, 2018) par la recherche en neurosciences en sont un bon exemple.

Forest définit trois types de plasticité cérébrale, dont deux nous intéressent particulièrement. D'une part, la plasticité « *des phénomènes de réorganisation et de réparation* », où par exemple, dans le cas d'une région cérébrale lésée, une autre région « *prend la relève et assume son rôle* ». D'autre part, la plasticité qui concerne le développement : elle « *désigne le fait qu'au cours du développement, la détermination de la fonction d'une structure nerveuse n'est pas innée, mais acquise au cours de l'épigénèse.* » (Forest, 2014 : 109).

L'auteur ajoute :

« La plasticité du troisième type, liée aux facteurs épigénétiques du développement, suppose que l'architecture fonctionnelle du cortex n'est pas fixée, mais que ce que fait telle région est spécifié de manière conditionnelle et progressive. Comme celle du troisième type, la plasticité du second type, liée dans certains cas, mais pas dans tous, à un processus de réparation, peut indiquer la possibilité de remédier à un déficit fonctionnel : c'est une source d'espoir thérapeutique. » (*ibid.* : 110)

L'idée de circuits cérébraux plastiques et modulables en fonction de ce qui est donné à vivre à l'individu est extrêmement séduisante : tel est le postulat de la plasticité cérébrale, qui vient nuancer un point de vue strictement innéiste, d'une neurocognition figée et balisée à l'avance. Vidal exemplifie de manière emblématique cette notion, en retraçant le cas clinique d'un patient d'une quarantaine d'années⁷⁰ dont des médecins découvrent fortuitement que son cerveau est depuis toujours aplati contre sa boîte crânienne, du fait d'une hydrocéphalie.

L'autrice explique :

« Or cette anomalie n'a pas affecté la vie privée, sociale et professionnelle de ce patient de 44 ans, père de deux enfants ! Cet exemple est une très belle illustration de la "plasticité cérébrale" qui permet au cerveau humain de s'adapter aux événements de l'environnement. Il montre que la forme et la structure du cerveau ne reflètent pas forcément ses capacités fonctionnelles. Il remet aussi en cause la valeur prédictive d'anomalies cérébrales sur le devenir d'un sujet, qu'il soit jeune ou adulte. » (Vidal, 2008 : 33)

⁶⁹ Nous mettons sous l'expression « neurosciences cognitives » à la fois les neurosciences (neurophysiologie, neurobiologie, neuropsychologie, neuropharmacologie, etc.) et la psychologie cognitive.

⁷⁰ Référence de l'article source : L. Feuillet, H. Dufour et J. Pelletier, « *Brain of a white-collar worker* », *Lancet*, vol. 307, 2007, p. 262.

L'absence de valeur prédictive à partir d'une imagerie cérébrale s'oppose nettement au discours scientifique dominant, qui prétend confirmer par cette approche un diagnostic dit durable (comme les troubles spécifiques des apprentissages). Vidal poursuit en imaginant que si cette hydrocéphalie massive avait été dépistée dans l'enfance, elle aurait sûrement conduit cet homme à être étiqueté comme futur handicapé.

Cependant, le discours dominant s'accapare bel et bien la notion de plasticité cérébrale, nous allons voir comment. Dans un ouvrage publié en 2018 et centré sur les mécanismes des apprentissages vus au travers du prisme des neurosciences cognitives, Dehaene⁷¹ explique :

« Je viens d'insister sur la part d'inné dans notre cerveau, trop souvent négligée. Mais, bien sûr, cette organisation précoce ne reste pas inchangée : elle se modifie et s'enrichit sous l'effet de l'expérience. C'est l'autre face de la médaille : comment l'apprentissage modifie-t-il les circuits du cerveau de l'enfant ? » (Dehaene, 2018 : 131)

Si l'expérience est prise en compte, c'est donc pour tenter d'expliquer les mécanismes cérébraux de l'apprentissage, et la manière dont la structure cérébrale s'en trouve modifiée. Loin d'une conception souple et sans prédiction possible, comme celle adoptée par Vidal, les neurosciences cognitives appliquées à l'éducation cherchent avant tout à décrire les modifications cérébrales sous l'effet de l'apprentissage, dans le but d'agir au mieux sur le cerveau de l'individu, par la mise en œuvre de méthodes d'enseignement optimales. La notion de plasticité cérébrale pousse par exemple certains chercheurs à élaborer les programmes de rééducation visant son (r) établissement. Habib, cité plus haut, présente une rééducation de la dyslexie par l'apprentissage de la musique, qui aurait pour propriété de renforcer des connexions entre des zones cérébrales distantes. Il évoque effectivement le « *cerveau du musicien* » comme un « *véritable modèle de plasticité cérébrale* » (Habib, 2018 : 70), conséquence de la pratique d'un instrument. Ainsi, plusieurs essais de remédiation par des entraînements rythmiques auprès des enfants dyslexiques auraient fait leurs preuves. Dans cette lignée, l'auteur propose une série d'exercices standardisés, à destination des orthophonistes et visant « *les différentes fonctions cognitives altérées, qu'elles soient linguistiques ou non linguistiques, y compris les fonctions transversales comme l'attention, la mémoire de travail, etc.* » (*ibid.* : 77). Habib plaide pour une approche

⁷¹ Professeur de psychologie cognitive expérimentale et actuel président du Conseil Scientifique de l'Éducation Nationale (CSEN).

multimodale, mettant en avant tout à la fois les fréquentes comorbidités entre les différents troubles (du langage, de la mémoire, de l'attention, etc.), ainsi que les « *composantes visuelles, attentionnelles et motrices* » (*id.* : 78) présentes dans la dyslexie.

Le rôle de l'environnement est également souligné avec la notion d'épigénétique. Sonuga-Barke relate que les travaux sur le génome ont mis en avant une complexité de l'étiologie des troubles ainsi que l'interaction entre gènes et environnement (familial et social) dans le développement de l'enfant (Sonuga-Barke, 2010). Ainsi, l'épigénétique devrait, selon lui, occuper une place centrale dans les recherches en la matière. Citons la définition qu'en donnent Gonon et Moisan :

« L'épigénétique est une branche de la biochimie du développement qui s'est fondée sur un constat paradoxal. Chacune de nos cellules est spécialisée dans une fonction précise, mais renferme dans son noyau, sous la forme de deux molécules d'ADN, l'ensemble de notre patrimoine génétique. Lors du développement embryonnaire, les cellules se spécialisent en produisant des protéines spécifiques. Les gènes qui codent ces protéines sont activés et tous les autres gènes sont inactivés. L'épigénétique consiste à étudier les processus moléculaires d'activation et d'inactivation de l'expression des gènes qui ne sont pas dus à un changement de la séquence d'ADN. » (Gonon et Moisan, 2013 : 22)

Autrement dit, l'épigénétique vise à isoler les facteurs — autres que génétiques — d'activation ou d'inactivation des gènes codant certaines protéines, et donc, *in fine*, définissant les fonctions dévolues aux cellules qui les contiennent. Gonon et Moisan rassemblent des études menées aussi bien chez les rongeurs que chez les êtres humains. Chez les rongeurs, une revue de la littérature scientifique suggère que la transmission des comportements épigénétique *via* les cellules germinales est peu probable. Il semble que ce soit plutôt la qualité des interactions précoces entre la mère et ses petits qui influence la transmission intergénérationnelle des comportements. Pour ce qui est des êtres humains, la corrélation entre des troubles d'ordre psychiatrique et des altérations des empreintes épigénétiques n'a pas été confirmée. Finalement, les auteurs soulignent toute la complexité qu'amène avec elle la notion d'épigénétique. Ils concluent ainsi (c'est nous qui soulignons) :

« **Les études épigénétiques commencent à révéler les bases biologiques de ce qui était connu depuis bien longtemps par les cliniciens : les expériences précoces conditionnent la santé mentale des adultes.** Après trois décennies de recherche génétique montrant que la cause principale des troubles psychiatriques n'est pas écrite dans l'ADN, ce nouvel axe de recherche de la psychiatrie biologique a le mérite de remettre sur le devant de la scène les facteurs de risque environnementaux des périodes pré- et postnatales. De ce fait, **les études épidémiologiques qui ont mis en évidence les facteurs de risques sociaux et économiques retrouvent du crédit, ainsi que les actions préventives en direction des jeunes enfants et de leurs parents.** Un

article remarquable, paru en 2010 dans une prestigieuse revue américaine, discute le lien entre pauvreté et santé mentale à partir d'une grande diversité d'études épigénétiques, neurobiologiques, psychologiques, sociologiques et économiques. Les auteurs concluent : " Par conséquent, la priorité devrait être donnée aux politiques et programmes qui réduisent le stress parental, augmentent le bien-être émotionnel des parents et leur assurent des ressources matérielles suffisantes " (Hackman et al., 2010). » (*ibid.* : 28)

Si l'on se fie à ces conclusions, il serait donc central, pour prévenir ou remédier aux troubles d'ordre psychiatrique, d'agir avant tout sur l'environnement de l'enfant, dont sa famille et les conditions matérielles, socioéconomiques dans lesquelles il évolue.

En suivant cette logique, la priorité pour un enfant dyslexique ne serait-elle finalement pas de lui assurer des conditions de vie plus favorables ? Le Conseil Scientifique de l'Éducation Nationale (CSEN), créé en 2018, semble bien rejoindre cette nécessité de porter attention à l'environnement de l'enfant. Sont ainsi déclinés les « *ingrédients indispensables à l'apprentissage* »⁷², dont la plasticité cérébrale et un certain nombre de facteurs dont on peut dire qu'ils dépendent de l'environnement :

« La recherche sur les mécanismes cognitifs et cérébraux des apprentissages a récemment produit des résultats majeurs. Plasticité cérébrale, nutrition, sommeil, régulation émotionnelle, attention, prédiction, retour sur erreur sont des ingrédients indispensables à l'apprentissage, dès la petite enfance et tout au long de la vie. Ces connaissances représentent un atout considérable pour la formation initiale et continue des enseignants. Leur diffusion et leur mise en pratique sont essentielles pour améliorer la qualité de nos systèmes éducatifs, en vue de l'épanouissement de tous les enfants, quelle que soit leur origine. » (CSEN, 2018)

Deux éléments nuancent toutefois cette recommandation : d'une part, les conditions de vie socioéconomiques ne sont pas clairement abordées en tant que telles. Ceci alors que tous les « *ingrédients* » cités, ou presque, en dépendent en grande partie (la nutrition, le sommeil, la régulation émotionnelle, l'attention, etc.). En effet, en l'absence d'une sécurité matérielle suffisante (par exemple, habiter un logement fixe et salubre, avoir des parents disponibles, non préoccupés par des questions d'une vie quotidiennement précaire, etc.), on peut se demander si l'enfant sera à même de déployer tout son « potentiel », pour reprendre un terme revenant fréquemment dans la recherche. D'autre part, des éléments comme le sommeil, la régulation émotionnelle ou l'attention peuvent tout aussi bien être rattachés à l'enfant lui-même, c'est-à-dire à ses caractéristiques endogènes (est-il « capable » d'être attentif ? Est-il insomniaque, angoissé ? etc.). Sans simplifier à l'extrême ces considérations, nous

⁷² Extrait du texte de présentation d'un congrès international intitulé « *Les sciences cognitives dans la salle de classe* », organisé les 29 et 30 mars 2019 en partenariat avec l'Unesco.

souhaitons simplement souligner qu'une telle interprétation de ces « *ingrédients* » est possible, et qu'elle nous éloigne d'une prise en compte de l'environnement de l'enfant, y compris ses interactions sociales et ses conditions de vie socioéconomiques.

Ainsi, si les découvertes en matière de plasticité cérébrale ou d'épigénétique sont porteuses d'espoir, elles soulignent qu'il faudrait avant toute autre chose agir sur l'environnement (familial, socioéconomique) de l'enfant, et donc sur ses conditions de développement. Ces conclusions sont déjà connues de longue date, et la connaissance des mécanismes cérébraux n'y ajoute rien de plus.

Prenons pour exemple une synthèse de la recherche concernant le sommeil, publiée par le CSEN en 2022. Les auteurs soulignent « *l'importance des répercussions du manque de sommeil sur l'attention, les émotions et les résultats scolaires.* » Cependant, si le sommeil tient un rôle crucial dans les apprentissages et leur consolidation, les limites suivantes sont mentionnées :

« les études ne prennent pas en compte tous les facteurs connus pour affecter le sommeil. C'est par exemple le cas du niveau socio-économique, du nombre d'enfants dans la fratrie, de l'âge des frères et sœurs, des caractéristiques de sommeil des parents, etc. Ces derniers influencent largement les habitudes de sommeil des enfants, mais ils ne sont pas toujours précisés dans les études et donc peu considérés dans les méta-analyses, mitigeant alors les interprétations et les conclusions. » (Igloi *et al.*, 2022 : 25)

Les autrices soulignent que 30 % des enfants et jusqu'à 70 % des adolescents ne dormiraient pas suffisamment, et ces chiffres atteindraient 25 à 80 % pour les enfants souffrant d'un trouble du neurodéveloppement. Comment remédier à ces problèmes ? L'« *École promotrice de santé* »⁷³ vise à améliorer le sommeil de tous les enfants. Pour ce faire, « *parler du sommeil en classe fait partie des programmes scolaires notamment en cycles 2 et 3* », mais cette notion devrait, selon les autrices, être plus abordée, et les enseignants manquent d'outils ayant « *fait preuve de validation scientifique* » (*ibid.* : 25-26). Est également évoquée la place de la sieste à l'école, mais aussi le décalage des horaires (commencer plus tard au lieu d'avoir des périodes d'inactivité dans la journée, par exemple). Cette deuxième mesure a fait ses preuves au niveau international, mais « *la mise en œuvre d'une telle mesure est néanmoins complexe et demande à être expérimentée en France, en raison notamment des*

⁷³ Mise en place dans le cadre de la loi pour une école de la confiance (2019), et citée dans cette synthèse du CSEN.

disparités géographiques et économiques » (*id.* : 28). Il est ainsi très louable de produire des recommandations à destination des enseignants, et plus globalement de l'institution scolaire — sur le sommeil ou bien d'autres sujets — mais nous voyons à quel point ces recommandations viennent se confronter à des freins, voire des impossibilités d'application.

La plasticité cérébrale et l'épigénétique sont ainsi deux notions permettant de relativiser le poids des dimensions à la fois durable et strictement endogène des diagnostics scolaires. Bien que ces notions soient mentionnées dans plusieurs études et recommandations, elles ne donnent pas lieu à des réformes adaptées aux processus qu'elles éclairent, c'est-à-dire une action sur l'environnement de l'enfant. En effet, les préconisations que nous venons de résumer restent avant tout centrées sur les capacités de l'enfant lui-même à mettre en place les meilleures stratégies pour bien apprendre. Nous verrons dans la partie suivante que les pistes de remédiation environnementales ne sont pas plus privilégiées par les politiques publiques éducatives.

2.4. Synthèse générale

Il n'existe aucun marqueur biologique permettant de poser les diagnostics scolaires, et ce malgré les multiples recherches, génétiques ou par IRMf, cherchant à isoler leurs supposés mécanismes physiopathologiques, pour le moment inexistant. La conséquence majeure de cette absence de fondement biologique est que le diagnostic est forcément de nature clinique. Autrement dit, il est en grande partie dépendant des professionnels qui rencontrent l'enfant, de la relation qui se noue et, pourrions-nous avancer, des Arrière-plans (Searle, 1998) qui structurent les représentations des professionnels (psychologues, orthophonistes, médecins, etc.), de l'enfant et de sa famille. Ceci, ajouté au grand nombre de diagnostics disponibles ainsi qu'à leurs critères nosographiques extrêmement larges et sujets à interprétation, en fait des diagnostics très fragiles et potentiellement hétérogènes. Les comorbidités reconnues entre les différents diagnostics scolaires engendrent des préconisations de dépistage systématique, lorsqu'un trouble est identifié (Bureau de la personnalisation des parcours scolaires et de la scolarisation des élèves en situation de

handicap — DGESCO, 2019 ; Inserm, 2019). Ainsi, lorsqu'un trouble est diagnostiqué, il faut s'assurer qu'il n'y en ait pas d'autres qui seraient associés.

Les études reconnues comme les plus fiables, dont les auteurs sont sollicités par les autorités sanitaires ou ministérielles comme experts, restent unanimement centrées sur les aspects neurocognitifs et/ou psychologiques des enfants. L'identification de plusieurs biais diagnostiques (définitions, critères, outils, conditions socioéconomiques, culturelles et géographiques) et la prise en compte toute relative de l'épigénétique comme de la plasticité cérébrale incitent cependant à la prudence. Paradoxalement, ces deux notions sont explorées par la plupart des études neuroscientifiques, mais les troubles délimités le sont toujours de manière extrêmement figée, avec une notion de « durabilité », notamment en ce qui concerne les troubles neurodéveloppementaux.

Nous avons mis en regard le discours scientifique dominant, centré sur des aspects endogènes, de la limite que constitue le flou définitionnel des diagnostics. Cette limite se reflète particulièrement dans l'impossibilité de produire des études épidémiologiques fiables concernant ces troubles. En effet, il ne s'agit pas seulement d'un problème statistique, mais bien d'un problème de définition, voire de l'hypothèse — que nous allons examiner tout le long de ce travail — que ces diagnostics soient tellement hétérogènes qu'ils n'aient pas de réelle consistance, sur le terrain. Car nous l'avons vu plus haut, les différents troubles comportent des contours flous, sujets à interprétations et potentiellement élastiques. Nous examinerons dans notre enquête les déclinaisons de ces confusions au niveau praxéologique, *via* les usages de ces catégories par les acteurs des champs scolaire, éducatif et sanitaire.

Globalement, la nécessité d'identifier et de prendre en charge précocement les élèves porteurs de diagnostics scolaires est largement recommandée par les recherches scientifiques. Ainsi, malgré les biais pointés par les méta-analyses, la mise en avant des surcoûts économiques et de santé ainsi que de la perte de productivité dus à ces troubles suffit sans doute à expliquer que les pouvoirs publics se saisissent pleinement de ces préconisations. Ces troubles ont ainsi été érigés en véritables problèmes de santé publique : nous allons à présent retracer les principales étapes de ce cheminement, ainsi que l'imposition des diagnostics scolaires dans les réformes de ces vingt dernières années.

CHAPITRE 3. LES DIAGNOSTICS SCOLAIRES COMME PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE ET OBJETS DES POLITIQUES PUBLIQUES ÉDUCATIVES

Nous venons de voir que le discours guidant actuellement les politiques publiques éducatives est principalement issu des neurosciences cognitives. Nous allons dans ce troisième chapitre objectiver les effets de cette orientation théorique dans les recommandations des autorités (notamment sanitaires), ainsi que dans les textes officiels et les dispositifs mis en œuvre.

Dans un premier sous-chapitre, nous proposerons un bref historique de la construction des diagnostics scolaires en problèmes de santé publique, à l'appui des neurosciences cognitives. Nous synthétiserons également les principales recommandations des autorités sanitaires concernant le repérage et la remédiation à ces troubles.

Dans un second sous-chapitre, nous verrons comment ces diagnostics ont pris toute leur place au sein de l'école. Nous contextualiserons cette émergence à l'appui du paradigme de l'inclusion scolaire, mais aussi de l'attention portée aux élèves dit « à besoins éducatifs particuliers ».

Le troisième sous-chapitre sera consacré à l'objectivation de l'accélération d'un repérage précoce des diagnostics scolaires, notamment au sein de l'école, à l'appui des derniers textes officiels.

Enfin, nous synthétiserons l'ensemble de ces éléments et nous les discuterons.

3.1. Un problème de santé publique appelant les recommandations des autorités sanitaires

Nous allons, dans un premier temps, reprendre les étapes par lesquelles les diagnostics scolaires ont été constitués en problème de santé publique, dont il faut se préoccuper politiquement. Dans un second puis troisième temps, nous décrirons les recommandations des autorités sanitaires concernant le repérage de ces troubles, puis les recommandations en matière de remédiation.

3.1.1. *La construction des diagnostics scolaires comme problème de santé publique*

Débutons ici par un rapide historique des neurosciences cognitives, nous permettant d'établir ce que comprend cet alliage de disciplines scientifiques. Dans un ouvrage collectif paru en 2014, Chamak et Moutaud retracent la naissance et la formation des neurosciences. Bien avant leur émergence, dès l'antiquité, des médecins, philosophes, théologiens et écrivains ont nourri un intérêt soutenu pour le cerveau. C'est au XVIII^e siècle que l'on assiste à la naissance de la neurologie comme discipline, avec notamment la découverte de la composante électrique du système nerveux. Au siècle suivant, les médecins Broca et Wernicke isolent les deux aires cérébrales liées pour l'une à la production des mots (aire de Broca), et pour l'autre à leur compréhension (aire de Wernicke). La neurologie et ses déclinaisons (neurophysiologie, neuropharmacologie, neurobiologie, neurochirurgie, etc.) ont produit des avancées considérables dans la possibilité de traiter les pathologies jusqu'alors incurables : elles ont été porteuses de solutions et donc d'espoir. Les neurosciences émergent en tant que telles dans les années 1960, puis se disciplinarisent et se diffusent en Europe dans le courant des années 1970. Elles conservent un fort aspect positiviste, avec une visée d'amélioration de la vie humaine par la compréhension de plus en plus fine de la neurobiologie humaine. La psychologie cognitive, née dans les années 1960 également, va progressivement s'allier aux neurosciences, pour aboutir à ce que l'on nomme aujourd'hui les neurosciences cognitives (Chamak et Moutaud, 2014).

En France, Changeux⁷⁴ est une des figures de proue des neurosciences. Il fit paraître en 1983 *L'Homme neuronal*, postulant l'origine neurologique de la pensée humaine. Cet ouvrage, ainsi que *Le Cerveau-Machine* de Jeannerod⁷⁵ constituent l'ouverture de la période des « *sciences du cerveau* » en France (Lemerle, 2014). Changeux collabora notamment avec Dehaene dans ses travaux de modélisation cognitive. Les recherches scientifiques que nous avons examinées plus haut s'inscrivent pour la grande majorité d'entre elles dans la lignée de ces travaux.

⁷⁴ Neurobiologiste.

⁷⁵ Neurophysiologiste.

Selon Morel, les neurosciences cognitives (NC, ci-dessous) répondent particulièrement bien à la construction et à la conception actuelle du problème de l'échec scolaire :

« Deux caractéristiques de la construction scientifique des NC conditionnent largement ses usages potentiels dans le domaine des apprentissages scolaires. La première est que les NC sont résolument orientées vers l'action à travers un matérialisme scientifique présenté comme libéré des a priori idéologiques et politiques. [...] La seconde caractéristique tient à la capacité des NC à étudier à la fois le "normal" et le "pathologique", voire à brouiller les frontières entre ces deux "registres". » (Morel, 2016 : 222-223)

Ces recherches sont donc extrêmement efficaces dans la performativité de leur discours, et porteuses d'espoir quant aux troubles qu'elles ont largement contribué à faire apparaître (Morel, 2014). C'est dans la continuité de ce paradigme neurocognitif qu'est créé en 2018 le Conseil Scientifique de l'Éducation Nationale (CSEN), dont nous avons déjà évoqué quelques travaux. Il est composé de 26 membres et présidé par Dehaene. Les missions du CSEN comportent l'évaluation des pratiques pédagogiques et la proposition de recommandations fondées sur des résultats scientifiques, essentiellement issus des neurosciences cognitives. Dans un rapport de synthèse faisant suite à un colloque scientifique d'envergure, le CSEN met en avant « *des principes pédagogiques validés par la recherche* » :

« Les sciences cognitives ont commencé à dévoiler certains aspects des algorithmes par lesquels notre cerveau apprend. Professionnels de l'apprentissage, les enseignants doivent en connaître les principes fondamentaux. »⁷⁶ (Algan *et al.*, 2020)

Comprendre l'apprentissage (et donc, ses difficultés) passerait donc essentiellement par la compréhension des mécanismes neurocognitifs des enfants. « *Évaluer pour mieux aider* », un texte produit par le groupe de travail « *Évaluations & interventions* » du CSEN, illustre particulièrement la mécanisation des apprentissages et la centration sur l'élève :

« Les évaluations nationales ÉvalAide ont été conçues conjointement par des chercheurs, des cadres ainsi que des enseignants de l'éducation nationale afin d'offrir un panorama scientifiquement fondé des connaissances et des besoins de chaque élève en CP et en CE1, et pouvoir ainsi leur proposer le plus rapidement possible des interventions pédagogiques adaptées » (Dehaene et Ziegler, 2020 : 36)

⁷⁶ On remarquera que ce point de vue est épistémologiquement très contestable : l'ardoisier n'a pas besoin de savoir ce qu'il se passe au niveau moléculaire pour fendre l'ardoise en plaques, destinées aux toitures des maisons. Pour le dire autrement, un enseignant avec son savoir-faire pédagogique n'a pas à connaître les algorithmes et mécanismes cérébraux pour enseigner, c'est même parfois contre-productif, comme nous le verrons plus bas.

L'élève est donc appréhendé — avant toute chose et presque uniquement — à travers ses compétences individuelles, sous-tendues par ses capacités neurocognitives. Prenons l'exemple de la lecture : ce sont les compétences phonologiques et visuo-attentionnelles qui sont en jeu, pour l'acquisition de la « *procédure phonologique* » (soit la correspondance graphème-phonème), qui constitue un « *puissant mécanisme d'auto-apprentissage* » (*ibid.* : 9). L'exercice de cette procédure phonologique doit être précoce (dès le CP) et intensif. Les évaluations préconisées permettraient d'identifier les besoins spécifiques des élèves et d'y remédier par des aides adaptées. Pour l'écriture, soit le passage du phonème au graphème et l'apprentissage du geste graphique de l'écriture cursive, le CSEN prévoit les évaluations suivantes :

« Il s'agit, pour le début du CE1, d'une épreuve examinant la maîtrise de la morphologie grammaticale (genre et nombre, en particulier) et, pour le début de CP, d'une épreuve évaluant la maîtrise du geste graphique, qui sera implémentée sur tablettes. » (*id.* : 11)

L'utilisation de tablettes pour les évaluations « *permettrait de rendre ce dispositif plus ludique, moins stressant pour les élèves, et de mieux mesurer la précision et la rapidité de leurs réponses.* » (*id.* : 36).

Reprenons différents termes et expressions émaillant ces écrits : « *algorithmes par lesquels notre cerveau apprend* », « *interventions pédagogiques adaptées* », « *scientifiquement fondé* » « *maîtrise* », « *mesurer* », etc. Nous retrouvons ici, en peu de mots, l'ambition du CSEN et plus largement des neurosciences cognitives, que de régler la question des processus d'apprentissage à partir de l'étude du cerveau et de la diffusion de ces connaissances auprès des enseignants et éducateurs. Ainsi, malgré la prétention du CSEN à une recherche translationnelle incluant les sciences humaines et sociales, c'est à chaque fois à l'aune de son cerveau et de sa cognition que l'enfant est perçu (Dehaene et Pasquinelli, 2020). Citons deux autres articles, coécrits par Dehaene et emblématiques de cette contradiction : celle de viser une recherche intégrant les sciences humaines, mais restant inexorablement centrée sur le cerveau. Un article de 2014 explore les effets de l'apprentissage du langage écrit sur les circuits cérébraux du langage. Il y apparaît une réduction d'activation de la région cérébrale du planum temporale⁷⁷ chez les enfants

⁷⁷ Région cérébrale considérée en neurosciences comme essentielle pour la perception catégorielle de la parole.

dyslexiques par rapport aux normo-lecteurs. Cette réduction s’observant également chez des adultes illettrés et les enfants pré-lecteurs, les auteurs concluent qu’elle serait une conséquence plutôt qu’une cause de la dyslexie (Kolinsky *et al.*, 2014). Dans un article ultérieur intitulé « *Les bases neurales de l’apprentissage de la lecture* », les mêmes auteurs plaident pour une « *littératie universelle* » susceptible de réduire les inégalités (matérielles, de santé, qualité de vie, etc.) entre les individus. Ils concluent cependant, sur la base des évaluations menées par l’OCDE en 2016 :

« En ce qui concerne les adolescents scolarisés de 15 ans [...]. Ce qui est particulièrement inquiétant, c’est l’augmentation des inégalités entre 2002 et 2015 : les très bons lecteurs [...] sont passés de 12 à 15,5 % [...] tandis que les très mauvais lecteurs [...] sont passés de 14 à 22 %. La France fut le seul pays de l’OCDE à connaître une augmentation si importante de l’écart en littératie. Quelles en sont les raisons ? Lorsque ces adolescents seront adultes, comment leur expliquerons-nous que, malgré toutes nos connaissances des processus cognitifs et cérébraux [...] la France puisse être encore plus loin qu’aujourd’hui de l’espoir d’une littératie universelle ? » (Kolinsky *et al.*, 2018)

Ce type d’étude nous permet de cerner très précisément la manière dont sont actuellement appréhendées les difficultés d’apprentissage : la recherche scientifique reste centrée sur les explications neurocognitives. La réduction des inégalités passerait essentiellement par la mise en application des « *connaissances des processus cognitifs et cérébraux* », afin que tous les élèves puissent avoir accès aux savoirs dits fondamentaux, notamment, ici, à la lecture.

Les défauts de fréquentation de l’école n’échappent pas à cette logique, sur un mode un peu différent. En effet, nous avons vu plus haut que les chercheurs ne mobilisent pas, pour ce diagnostic, le cerveau dans son aspect neurologique : les facteurs mis en avant sont plutôt d’ordre psychologique. Les questions relationnelles et environnementales (événement familial, contexte scolaire, relations aux pairs, etc.) ne sont pas autant éclipsées que pour les trois autres catégories de diagnostics scolaires. Cependant, les différentes études mentionnées plus haut attribuent au refus et à la phobie scolaire des causes comme les troubles anxieux, une trop grande inhibition, une peur de l’échec, etc. Les étiologies principales restent donc essentiellement intrapsychiques, mais elles ne sont pas reliées — ou très peu — à la dimension purement neurologique.

En somme, c’est toujours le cerveau de l’enfant (dans ses dimensions anatomophysiologique, cognitive ou psychologique) qui est examiné, scruté et contrôlé,

dans l'espoir d'y trouver des solutions aux difficultés scolaires. Ces dernières sont appréhendées essentiellement à partir de dimensions endogènes, supplantant un grand nombre d'autres facteurs et déterminants pouvant entrer en ligne de compte. Ce processus de médicalisation de la difficulté et de l'échec scolaire (Morel, 2014) établit ces derniers en véritables problèmes de santé publique : des troubles foisonneraient, et chaque situation de difficulté scolaire persistante nécessiterait une exploration diagnostique. Nous approfondirons ce point dans les sous-parties suivantes.

Le succès de l'approche neurocognitive des difficultés scolaires s'explique en partie par l'espoir qu'elle amène : il suffirait, en quelque sorte, de reconfigurer les algorithmes cérébraux de l'enfant pour que ce dernier parvienne à surmonter ses difficultés. Les conséquences de la domination de cette approche sont ainsi décrites par Blay et Laval :

« Tout est “ cerveau ” comme jadis tout était “ esprit ” ou comme, plus près de nous, tout était “ sexe ”. Ce recodage systématique de toutes les activités humaines par le “ discours cérébral ” s'accompagne d'une modification notable dans la manière dont ces activités sont investies politiquement. Il semble que s'ouvrent soudainement aux pouvoirs de toutes sortes un vaste champ d'investigation et des leviers d'action a priori illimités. » (Blay et Laval, 2019 : 12)

En effet, toutes ces études plaident unanimement pour un repérage le plus précoce possible des enfants potentiellement porteurs de troubles. Nous verrons que la pénétration de ce discours dans le champ politique ne cesse de croître depuis le début des années 2000. Les textes officiels accréditent des recommandations issues des recherches en neurosciences cognitives, et visent de profondes transformations des pratiques éducatives, nous le détaillerons dans la partie 3.3. Mais à titre d'exemple, citons le Plan triennal interministériel 2001-2004 concernant les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage, qui évoquait déjà l'idée d'outiller les enseignants, au moyen d'une multitude de tests et d'évaluations :

« Le principe de base des recommandations proposées dans ce rapport est de donner à l'enseignant des points de repère sur lesquels il puisse s'appuyer à partir des données issues de la recherche sur les outils sus décrits et qui lui permettront de rendre plus pertinent et convaincant son avis sur la présence ou non de difficultés d'apprentissage du langage chez un enfant. Les enseignants qui observent l'enfant quotidiennement ont besoin d'un cadre plus objectivant, leur permettant d'organiser leur regard et leur perception de l'enfant. » (Dellatolas et Vallée, 2005 : 46)

Nous assistons aujourd'hui au plein essor de cette idée : les enseignants et le personnel éducatif en général sont en première ligne pour repérer, évaluer et orienter les élèves

potentiellement porteurs de troubles. Un article paru dans le journal *Libération* du 14 décembre 2011 évoque un projet de mise à disposition des enseignants d'outils de repérage conçus par des chercheurs, dès l'école maternelle. Ramus⁷⁸, aujourd'hui membre du CSEN, y défend ce projet contre les critiques émises à l'époque :

« ce projet a donc été entièrement conçu au service des enseignants, afin de les aider à repérer par eux-mêmes les élèves ayant des besoins particuliers, et de les assister dans la mise en œuvre des mesures adaptées. [...] Même les appellations “ à risque ” et “ à haut risque ” qui ont déclenché tant de controverses n'ont aucune raison d'être interprétées comme des prophéties autoréalisatrices : leur seule fonction est d'alerter les enseignants. Un risque n'est pas une fatalité, il peut être évité. Encore faut-il se donner les moyens de l'identifier et de prévenir les conditions de sa réalisation. » (Ramus, 2011)

Dans la suite de cet article, Ramus explique que ces outils permettraient d'orienter les élèves repérés vers des bilans à visée diagnostique, et plus ou moins d'entamer un parcours de soins. La logique du repérage précoce implique pourtant de soupçonner le trouble, c'est-à-dire de supposer d'emblée son existence à partir de difficultés scolaires, ceci afin de pouvoir écarter ou confirmer sa présence, au moyen de bilans à visée diagnostique. Morel résume les conséquences possibles à l'appréhension des situations de ces élèves dits « à risque » :

« Les recherches en [neurosciences cognitives] mettent ainsi en avant la nécessité de traiter précocement les enfants “ à risque ” sans préciser les contours de cette métacatégorie. Sont considérés comme tels les élèves de milieux très défavorisés, de parents souffrant de TSA ou ceux, plus simplement, qui affichent un faible niveau de conscience phonologique lorsqu'on leur fait passer un test précoce. Le danger d'étiquetage associé à une telle catégorisation est relativisé, voire dénié (Ramus, 2011) au profit de la promotion du paradigme actuellement dominant en santé publique, à savoir celui inspiré de l'épidémiologie. » (Morel, 2016 : 235)

Non seulement le groupe d'élèves concerné par le dépistage est très large et hétérogène, mais la nécessité d'agir est d'autant plus urgente lorsque les diagnostics scolaires sont mis en avant avec une prévalence croissante. Ces deux ingrédients contribuent largement à l'instauration des diagnostics scolaires comme autant d'enjeux de santé publique. Souvenons-nous de l'étude déjà citée (partie 2.3.1.) concernant le TDAH et estimant sa prévalence entre 3,5 % et 5,6 % chez les enfants (Lecendreux *et al.*, 2011), récemment contredite mais continuant de faire référence. Songeons également à la Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement qui mentionne que ces troubles (dont les troubles dys et le TDAH) touchent 5 % de la population française et sont « *en*

⁷⁸ Ingénieur chercheur en sciences cognitives.

constante augmentation » (Compagnon, 2022). Dans une récente publication de Santé Publique France sont évoqués les impacts de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des adolescents :

« certains signaux de dégradation de la santé mentale des adolescents (démotivation, décrochage scolaire, repli, refus scolaire anxieux) ont été constatés par des professionnels de l'Éducation nationale, des pédiatres et pédopsychiatres. » (Santé Publique France, 2021).

La pandémie et ses périodes de confinement ont ainsi accentué la préoccupation autour des défauts de fréquentation scolaire, dont le refus scolaire anxieux. Or, nous l'avons montré à l'appui du décrochage, le fait même de produire des statistiques sur un phénomène donné contribue à le faire exister, voire à l'installer en problème (social, de santé publique, politique, etc.). C'est à l'appui des études scientifiques et épidémiologiques que les diagnostics scolaires se sont solidement établis dans le paysage politique, avec de nombreuses conséquences pour l'institution scolaire. Effectivement, si les diagnostics scolaires constituent des problèmes de santé publique, et sont accaparés par les autorités sanitaires produisant des recommandations, c'est bien l'institution scolaire qui occupe la place centrale dans leur repérage (nous développerons ce point dans la partie 3.3.2.). Nous allons détailler dans les deux sous-parties suivantes les recommandations émises par les autorités de santé en matière de repérage, mais aussi de remédiation aux diagnostics scolaires, particulièrement à destination de l'institution scolaire.

3.1.2. *Les recommandations de repérage précoce des troubles*

Le repérage précoce des diagnostics scolaires fait aujourd'hui consensus : les recommandations des chercheurs et des autorités de santé vont unanimement dans ce sens. Nous allons présenter successivement quelques rapports d'expertise et guides de recommandations publiés au sujet des troubles spécifiques des apprentissages, du refus scolaire anxieux, du TDAH et, pour finir, du haut potentiel intellectuel.

En 2007, une expertise collective intitulée « *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie : bilan des données scientifiques* » est publiée par l'Inserm. Les experts insistent sur la nécessité de mieux repérer, et ainsi prévenir ces troubles :

« Les connaissances acquises sur les troubles des apprentissages devraient être mises à disposition du public, notamment des parents et des professionnels concernés. Elles contribuent à faciliter le repérage des enfants en difficulté d'apprentissage. » (Inserm, 2007a : 706)

Il est mentionné que certains signes précoces des troubles spécifiques des apprentissages peuvent être repérés avant six ans, même si ces signes ne peuvent présager d'un trouble effectif à cet âge. L'expertise recommande cependant l'utilisation d'outils étalonnés dès six ans :

« Dans le cadre du bilan de santé obligatoire de 6 ans pour l'entrée dans l'enseignement élémentaire (article L.2325.1 du code de la santé publique), les outils de dépistage de facteurs de risque s'inspirant des résultats des études longitudinales doivent être utilisés. » (*ibid.* : 709)

En effet, selon les experts, ces facteurs de risque peuvent être repérés dès la maternelle, que ce soit du côté des troubles spécifiques des apprentissages de la lecture : « *confusion perceptive entre sons proches, déformation des mots, difficultés à répéter les comptines, difficultés de mémorisation de mots inventés, non connaissance du nom des lettres...* » ou du calcul : « *retards dans l'acquisition des nombres et le dénombrement.* » (*id.* : 707).

Un rapport de la HAS publié en 2017 et concernant les enfants porteurs de troubles spécifiques du langage et des apprentissages actualise ces recommandations. Malgré la création de centres de référence pour le dépistage et la prise en charge de ces troubles, la HAS constate que :

« l'accès aux diagnostics et aux prises en charge est encore trop souvent hétérogène, manquant de cohérence et sans coordination entre les différents intervenants. En conséquence, sont observés des retards dans les diagnostics [...] des prises en charge inadaptées [...] un engorgement [...] des centres de référence destinés aux cas complexes. L'un des effets pour ces enfants en est le renforcement des inégalités d'accès aux soins. » (HAS, 2017 : 8)

En conséquence, l'objectif central de ce guide est de recentrer le parcours de santé autour de l'enfant, avec une meilleure coordination des actions de chaque acteurs et structures. L'institution scolaire occupe ainsi la première place, dans le repérage précoce de ces troubles :

« Une fois repérées, les difficultés d'apprentissage font le plus souvent, en première intention, l'objet d'une pédagogie différenciée précoce, explicite et évaluée (hors difficultés d'emblée très sévères). Si l'intervention pédagogique se révèle insuffisante [...] la prise en charge d'un enfant avec suspicion de TSA fait intervenir les professionnels de la santé, en lien étroit avec les parents et les enseignants. » (*ibid.* : 11)

Ce guide invite à « ne pas “ médicaliser ” à outrance des retards simples des apprentissages pour lesquels la réponse est d’ordre pédagogique. » (*id.* : 42). Cependant, il mentionne également que les enseignants doivent repérer ces élèves sur la base d’évaluations normées, avec l’aide d’un réseau d’aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED) et des psychologues de l’Éducation nationale. En annexe figurent ainsi plusieurs tableaux résumant les « signes d’alerte à l’intention du médecin de premier recours et actions à mettre en œuvre », selon la classe d’âge et le type de difficulté d’apprentissage (langage oral, langage écrit, calcul, coordinations et praxies). Considérons par exemple un extrait du tableau concernant les difficultés d’apprentissage du langage écrit, reproduit ci-dessous (*id.* : 46).

Tableau 7 — Signes d’alerte pour le médecin de premier recours pour les difficultés d’apprentissage du langage écrit

Quand s’inquiéter ?	Signes d’appel	Actions à mettre en œuvre
2 ^o trimestre du CP	Critère de sévérité - persistance de difficultés du langage oral - ne fait pas le lien entre le(s) signe(s) écrit (graphème(s)) et le son qu’il(s) symbolise(nt) (phonème) et vice versa - ne rentre pas dans la lecture des syllabes simples ou fait de nombreuses erreurs	- Bilan orthophonique (langage oral/langage écrit) et rééducation si nécessaire
	Difficulté moins sévère	- Mettre en œuvre une intervention pédagogique préventive (entraînement)
3 ^o trimestre de CP	Difficultés persistantes au 3 ^e trimestre, surtout si pas ou peu de progrès avec l’intervention pédagogique	- Bilan orthophonique (langage oral/langage écrit) et rééducation si nécessaire
CE1	<ul style="list-style-type: none"> • Toute difficulté scolaire persistante : <ul style="list-style-type: none"> - lecture anormalement lente ou imprécise ou n’amenant pas à une compréhension du message écrit - écriture illisible avec des erreurs phonétiques fréquentes • Tout refus de lire/aller à l’école ou autre plainte somatique 	- Pratiquer une évaluation normée de lecture (vitesse, précision, compréhension) et d’orthographe correspondant à la classe suivie par l’enfant
	Si le déficit est modéré et/ou ne touche qu’une seule compétence	- Intervention pédagogique durant 3-4 mois et revoir
	Toute persistance du déficit d’une de ces compétences malgré le soutien pédagogique à l’issue de 3-4 mois d’intervention pédagogique, aide aux devoirs, famille	- Bilan orthophonique (langage oral/langage écrit) et rééducation si nécessaire

Nous voyons dans ce tableau une systématisation des évaluations et des bilans, dès le CP, lorsque l’enfant rencontre des difficultés dans le langage écrit. Les seuls cas nécessitant « seulement » une intervention pédagogique sont ceux où la « *difficulté* [est] *moins sévère* » en CP ou avec un « *déficit modéré* » en CE1. De manière générale, les grilles de repérage des troubles spécifiques des apprentissages foisonnent, et sont mises à disposition du grand public, et donc des enseignants aussi bien que des parents⁷⁹.

⁷⁹ Par exemple sur le site de l’assurance maladie (<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/troubles-langage-ecrit/symptomes-detection-diagnostic>), le site « Agir tôt » — soutenu par le gouvernement (<https://agir-tot.fr/>),

En 2013 paraît un guide de repérage à l'usage des infirmiers et assistants de service social de l'Éducation nationale, édité par les ministères de l'Éducation et de la Santé ainsi que la Fédération Française de Psychiatrie. Figure dans ce guide quatorze chapitres caractérisant plusieurs catégories d'enfants et d'adolescents : « *anxieux* », « *fatigué* », « *souvent absent* », « *présentant des plaintes somatiques* », « *en difficulté dans les apprentissages scolaires* », « *perturbateur, voire violent* », « *étrange* », etc. Sont ainsi détaillées sous chaque chapitre quelques descriptions et conduites à tenir selon le type d'enfant ou d'adolescent à qui l'on a affaire. Par exemple, au chapitre « *l'adolescent absent ou décrocheur* », est distingué le refus scolaire simple de :

« la “ phobie scolaire ” ou “ refus scolaire anxieux ” qui se définit par un refus d'aller au collège ou au lycée pour des raisons irrationnelles avec des manifestations anxieuses psychiques et physiques qui s'accroissent si l'on tente de forcer l'adolescent. C'est pourquoi il est important d'adresser précocement l'adolescent au médecin de l'Éducation nationale pour qu'il puisse décider de l'orienter sur une structure spécialisée afin de préciser le diagnostic. » (Bennevault *et al.*, 2013 : 24)

Nous constatons tout à la fois une fragmentation des catégories applicables à divers « profils » d'élèves, mais également l'injonction à agir en fonction de cette typologie. Le plus souvent, il s'agit d'orienter l'élève vers le service de médecine scolaire dans une visée diagnostique. Mais les infirmiers et assistants de service social ne sont pas les seuls à être concernés par ces préconisations de repérage et d'orientation, au sein de l'institution scolaire. Nous pouvons citer le guide à l'usage des médecins publié par la HAS en 2014, au sujet des enfants porteurs d'un TDAH. Les recommandations de ce guide relèvent toutes d'un accord d'experts (AE), autrement dit, il n'y a pas de preuve scientifique (même de faible niveau) permettant d'appuyer ces recommandations. C'est le cas pour l'emploi d'échelles d'évaluation du comportement de l'enfant par le médecin, les parents ou les enseignants (HAS, 2014 : 22), mais aussi pour l'orientation de l'enfant vers un « *médecin spécialiste ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH* » (*ibid.* : 24), la mise en place d'aménagements pédagogiques au sein de l'école (*id.* : 25) ou encore la précocité de la prise en charge (*id.* : 28). L'école, et notamment les enseignants, médecins, infirmières et psychologues scolaires tiennent un rôle central :

le site de Santé publique France (<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/troubles-dys-de-l-enfant-guide-ressources-pour-les-parents>), etc.

« Ces professionnels sont souvent en première ligne pour apprécier les difficultés de l'enfant et se rendre compte de leur évolution dans le temps. [...] Dans ce cadre, ils peuvent apporter une aide au diagnostic en réalisant certains bilans qui pourront être utiles au spécialiste. » (*id.* : 37)

Attardons-nous sur les échelles de repérage du TDAH chez un enfant : figurent en annexe de ce guide les échelles « SNAP-IV 26 », « Conners » et « ADHD-RS ». L'échelle de Conners est destinée aux enseignants et comporte 28 items à coter⁸⁰ selon le comportement de l'élève durant le dernier mois. Citons quelques exemples d'items : « *inattentif, facilement distrait* », « *n'arrête pas de bouger, gigote, se tortille* », « *faible en orthographe* », « *faible en arithmétique* », « *rancunier ou vindicatif* », « *courte capacité d'attention* », « *réplique, s'obstine avec les adultes* » (*id.* : 62). Ces sept items suffisent à constater plusieurs tendances : de manière évidente, nous y voyons la mécanisation du repérage d'éventuels troubles par des professionnels nullement rattachés au champ sanitaire. Il est également manifeste que ces items sont très liés aux apprentissages, mais aussi à une certaine forme de jugement moral, comme le souligne Cazeneuve :

« Si l'on se reporte par exemple à une forme abrégée conçue pour les enseignants [...] La dimension de jugement moral est évidente. [...] la présentation du fonctionnement de l'Échelle de Conners, à renfort d'une terminologie mathématique, de base il est vrai, produit l'impression d'une rigueur formelle qui masque l'indigence des items retenus. » (Cazeneuve, 2013 : 31)

Ajoutons également que ces items sont sujets à interprétation : qu'est-ce qu'une « *courte capacité d'attention* » ? Est-ce que tous les enseignants ont le même seuil de tolérance à un élève qui bouge, qui « *s'obstine* » ? Et à partir de quand vont-ils considérer que ce dernier se montre « *vindicatif* » ? Nous pourrions décliner toute la variabilité d'appréciations possibles pour chacun des items.

Ce quadrillage permettant, selon les autorités compétentes, un dépistage précoce, concerne également les élèves dits à haut potentiel intellectuel (HPI). Le *vade-mecum* paru en 2019, déjà cité plus haut, synthétise un grand nombre de recommandations et d'outils pour scolariser ces élèves. Ce document préconise que l'enseignant puisse se tourner vers le chef d'établissement, le psychologue ou le médecin scolaire lorsqu'il soupçonne un HPI chez un élève. Puis, dans un second temps, l'enseignant pourra échanger avec la famille « *afin de lui proposer, si besoin, de réaliser un bilan auprès d'un psychologue* » (Bureau de la personnalisation des parcours scolaires et de la scolarisation des élèves en situation de

⁸⁰ Quatre cotes sont possibles : « jamais/rarement », « à l'occasion », « souvent », « très souvent ».

handicap — DGESCO, 2019 : 6). Comment les enseignants peuvent-ils repérer un éventuel HPI chez un élève ? Ce guide présente quatre grilles d'aide au repérage, de la maternelle au lycée. Par exemple, pour la grille de repérage en maternelle, les cinq premiers items de la catégorie « *capacités et compétences* » sont les suivants : « *comprend rapidement, vivacité d'esprit* », « *mémorisation facile et précise* », « *s'ennuie très vite face à l'apprentissage redondant et face aux activités routinières* », « *attire pour ce qui est complexe* », « *donne l'impression de faire autre chose, mais en réalité reste attentif (discute, rêve, joue avec un objet, etc.)* ». Dans cette même grille sont aussi évaluées les « *curiosités et connaissances* » avec des items tels que : « *pose spontanément des questions, écoute attentivement les réponses et poursuit le questionnement* », « *autodidacte* », « *a un vocabulaire riche et utilisé à bon escient* » ; et des capacités extrascolaires telles que « *agilité qui peut être particulière en dessin (sens de l'observation du détail, précision)* », « *esprit très ouvert à la nouveauté* » (*ibid.* : 21). Nous pouvons rapprocher notre analyse de ce type de grille de celles utilisées pour les troubles spécifiques des apprentissages ainsi que des échelles de repérage du TDAH, vues plus haut. En effet, les items sont extrêmement flous et sujets à interprétation. De surcroît, ici, nous nous demandons ce qui est réellement évalué, objectivé : est-ce le « haut potentiel » de l'enfant scolarisé en maternelle, ou bien la culture familiale dans laquelle il a évolué jusqu'à son entrée à l'école, et qui a construit certains Arrière-plans (Searle, 1998) ajustés à la culture scolaire ?

L'ensemble de ces guides et rapports de recommandations sont emblématiques de la production d'un discours rendant indispensable le repérage des enfants et des adolescents à risque de développer des « troubles », identifiables à partir de leurs difficultés scolaires. L'école est donc fortement mobilisée, comme institution de première ligne, à la fois dans le repérage, mais aussi dans la prise en charge des diagnostics scolaires. Nous voyons ainsi se tracer un quadrillage, de plus en plus fin et resserré autour des enfants et de leurs potentiels troubles. Ce quadrillage va de pair avec une certaine technicisation, à la fois du repérage et des adaptations pédagogiques pour ces élèves. Les enseignants sont guidés par les recommandations sanitaires pour ce qui est de la différenciation des contenus, des formats et/ou des interactions pédagogiques, de l'aménagement des évaluations et examens, de l'adaptation du rythme et du parcours scolaires, etc.

Quelle marge de liberté pédagogique reste alors aux enseignants dont, rappelons-le ici, le savoir-faire central est d'enseigner à l'ensemble des élèves d'une classe, c'est-à-dire de faire avec l'hétérogénéité des connaissances (Sarrazy, 2002b) et les difficultés de ces derniers ? Cette question mérite d'être soulignée, car, comme nous allons le voir, les politiques publiques éducatives se sont progressivement imprégnées du discours scientifique dominant et des recommandations qui en découlent. Avant d'aborder ce volet politique, nous allons brièvement compléter ce tour d'horizon des recommandations émises par les autorités sanitaires en décrivant celles concernant les remédiations, notamment pédagogiques, à ces troubles.

3.1.3. *Les recommandations de remédiations*

Nous avons commencé à l'appréhender dans la partie précédente, les institutions de santé recommandent unanimement la mise en place d'aménagements scolaires. Citons par exemple le DSM-5 qui préconise, pour les troubles spécifiques des apprentissages :

« un enseignement individualisé, systématique, intensif, utilisant des interventions fondées sur des preuves » pour « corriger ou améliorer les difficultés d'apprentissage chez certains individus ou soutenir l'utilisation de stratégies compensatrices chez d'autres, atténuant ainsi les évolutions qui sans cela seraient défavorables. » (Crocq et Guelfi, 2015 : 84).

L'expertise collective publiée par l'Inserm concernant les troubles dys, précédemment citée, préconise « *une harmonisation entre le travail rééducatif et la pédagogie* ». Elle souligne l'insuffisance de la mise en place des adaptations pédagogiques nécessaires « *comme donner un temps supplémentaire à l'enfant, ou lui diminuer la charge de texte à lire* », notamment au sein du collège (Inserm, 2007a : 625 ; 627). Nous constatons la systématisation de la mise en place d'aménagements pédagogiques pour ces élèves :

« La mise en œuvre des mesures nécessite d'être graduée en fonction de la sévérité des troubles, mais doit comporter impérativement une étape d'évaluation à l'aide d'outils validés et étalonnés pour l'âge de l'enfant, et conduire systématiquement à des aménagements pédagogiques adaptés aux types de difficultés rencontrées par chacun de ces enfants. » (*ibid.* : 705)

Ce type de recommandations ne cesse de prendre de l'ampleur. Par exemple, le guide de la HAS, déjà cité et ciblant également les troubles spécifiques des apprentissages, ne s'arrête pas au repérage. Il est aussi question des mesures pédagogiques à mettre en place dans le cas

de difficultés de langage, de graphisme ou dans la construction du nombre et le calcul. Ces mesures doivent être :

« précoces (dès les premières manifestations de difficultés), ciblées, explicites, intensives, redondantes (entraînements de courte durée, mais répétés chaque jour), différenciées, avec de petits groupes à besoins similaires ;

Assorties d'une évaluation rigoureuse de l'évolution des progrès de l'élève afin de solliciter, avec l'accord des parents, un avis médical d'emblée en cas de difficulté sévère, et toujours, en cas de difficulté durable ne répondant pas suffisamment aux mesures pédagogiques. » (HAS, 2017 : 15)

L'école est ainsi mise en place de remédier le plus tôt possible aux difficultés scolaires, en différenciant systématiquement les contenus, le rythme et les formes de l'enseignement pour les élèves concernés. En plus de cela, l'institution scolaire doit constituer le point de pivot de l'organisation de la prise en charge externalisée, le cas échéant, en dialoguant avec les familles dans cet objectif. Nous pouvons en déduire que l'accueil des enfants en difficulté scolaire persistante et/ou porteurs de diagnostics scolaires est nettement différencié de celui de leurs camarades ordinaires.

Le rapport d'expertise collective sur le Trouble Développementale de la Coordination (TDC) datant de 2019 prend le temps de déployer toute la complexité de l'accompagnement de ces élèves, et tous les paramètres à prendre en compte dans une certaine temporalité :

« D'abord se pose la question du repérage et du diagnostic et de leur moment, ensuite celle de l'articulation entre des réalités institutionnelles (MDPH, rectorat, adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés [ASH], etc.) et professionnelles (professions libérales [ergothérapie, psychomotricité, etc.], enseignants, etc.) elles-mêmes complexes, celle de la désignation et du choix des dispositifs (milieu ordinaire ou unités localisées pour l'inclusion scolaire [ULIS], projet personnalisé de scolarisation [PPS], plan d'accompagnement personnalisé [PAP], etc.), celle de la mise en œuvre concrète des compensations et des adaptations, de leurs intérêts et de leurs limites, celle de la place des élèves dans la classe, de leur participation et de leur vécu, celle de ce qui est attendu d'eux une fois diagnostiqués (représentations, stigmates), celle enfin de leurs désirs (scolaire, professionnel, de loisir, etc.). » (Inserm, 2019 : 534)

Une fois ce contexte posé, l'expertise collective envisage un handicap pouvant être créé par l'environnement scolaire (avec des supports pédagogiques non adaptés, un recours privilégié à l'écriture manuscrite, etc.) pour les élèves porteurs d'un TDC. Les experts s'accordent, sur la base de plusieurs articles scientifiques, sur la nécessité de mettre en place certains outils et compensations pour que ces élèves puissent acquérir une autonomie au sein de l'école. Le

rôle des enseignants ainsi que l'importance d'une pédagogie plus adaptée sont ainsi soulignés :

« Finalement, le souci d'atténuer les difficultés des élèves et de les conduire vers les acquisitions attendues par l'école conduit à tracer des perspectives de régulation pédagogique, c'est-à-dire des ajustements relevant de la compétence des enseignants qui ne recourent pas nécessairement à des compensations du handicap produit (ou accentué) par les situations scolaires. [...] les données n'existent pas sur les dispositifs adoptés (par exemple sur le nombre de PAP ou de PPS) ni sur les conséquences et l'efficacité de tel ou tel dispositif pédagogique. On peut aussi se demander s'il ne serait pas nécessaire de penser une didactique et une pédagogie intégrant la spécificité du TDC de manière à adapter à la fois le contenu et les modalités de sa transmission en fonction de la particularité des élèves qui en sont porteurs. » (*ibid.* : 542-543)

Malgré la reconnaissance des multiples dimensions des situations des élèves porteurs de TDC, c'est tout de même l'enseignant et les modalités didactiques et pédagogiques qu'il peut mettre en place qui sont convoquées.

D'autres suggestions d'aménagements scolaires figurent en annexe du guide de la HAS concernant les enfants porteurs d'un TDAH, incitant les médecins à adresser leurs recommandations aux personnels éducatifs qui entourent l'enfant (ce n'est pas nous qui soulignons) :

« L'objectif de base est que l'enfant puisse accéder aux connaissances en classe, sans être confronté en permanence à ses difficultés d'attention. Trois mots clés pour organiser le travail en classe au quotidien : **brièveté, variété, structure**. **Brièveté** : raccourcir les sessions de travail, le temps des apprentissages ou des activités. **Variété** : supprimer toutes les tâches potentiellement répétitives, varier les présentations. **Structure** : mettre en place des routines stables, affichées, repérables visuellement par l'enfant. » (HAS, 2014 : 80)

Ces préconisations sont étayées de nombreux conseils à destination des enseignants, afin de limiter leur inattention⁸¹, leur agitation et leur impulsivité⁸². La HAS cite notamment l'association TDAH-France, créée en 2002, pourvue d'un comité scientifique depuis 2004 et reconnue d'utilité publique en 2019. Cette association a créé un site spécifique concernant le TDAH et l'école⁸³ en 2015, à destination des familles et des enseignants, pour expliquer les symptômes et les manières d'y répondre au sein de l'école, mais aussi guider dans les démarches de reconnaissance d'un handicap.

⁸¹ Par exemple : « capturer son regard » ; « changer le ton de sa voix » ; « utiliser des consignes courtes », etc.

⁸² Par exemple : « délimiter, à l'aide d'un ruban gommé, un espace autour du pupitre auquel l'élève a droit, mais qu'il ne peut pas dépasser » ; « lui permettre de travailler debout dans un endroit de la classe » ; « travailler le langage intérieur, la capacité à se parler à soi-même et se donner les consignes », etc.

⁸³ <https://www.tdahecole.fr/>

Le *vade-mecum* visant à scolariser un élève à haut potentiel, déjà mentionné, précise que « *la différenciation pédagogique peut aller de l'adaptation de la tâche à la progression accélérée dans une ou plusieurs matières en fonction du rythme de l'élève.* » (ce n'est pas nous qui soulignons) (Bureau de la personnalisation des parcours scolaires et de la scolarisation des élèves en situation de handicap — DGESCO, 2019 : 9). Un dispositif d'accompagnement personnalisé peut être contractualisé entre l'école et la famille, selon les difficultés scolaires rencontrées par l'élève.

Les recommandations des autorités de santé, plus ou moins en lien direct avec différents ministères, appellent donc non seulement à repérer, mais aussi à remédier aux troubles au sein même de l'école.

3.1.4. Synthèse

Nous avons vu que l'avènement, dans les années 1960, des neurosciences cognitives a progressivement transformé les conceptions de l'apprentissage, aboutissant aujourd'hui à une conception essentiellement innéiste, médicalisée et donc naturalisée des phénomènes de difficulté scolaire. La création du CSEN en 2018 est emblématique de ce nouveau paradigme, en portant l'espoir de l'acquisition des savoirs dits fondamentaux (lire, écrire et compter) par tous les enfants grâce aux progrès dans la connaissance des processus neurocognitifs. L'alliance entre cette approche et la mise en avant de prévalences hautes pour chaque trouble aboutit à constituer les diagnostics scolaires en problèmes de santé publique, nécessitant la mise en œuvre de dispositifs de repérage et de remédiation. L'institution scolaire est identifiée comme le lieu central pour ce faire, et l'ensemble du personnel éducatif (notamment les enseignants, médecins scolaires, infirmiers et assistants de service social) est incité à repérer d'éventuels troubles. Cette volonté de prévention est certes louable, et on peut difficilement s'opposer à l'idée de ne pas laisser des élèves face à des difficultés scolaires, lorsque ces dernières ne sont pas résolues par les interventions pédagogiques des enseignants. Cependant, comme nous l'avons déjà esquissé, c'est bien l'angle sous lequel ces difficultés sont perçues qui pose problème, avec un recentrement sur l'enfant : son cerveau, sa cognition, sa psychologie. Il est frappant que le paradigme neurocognitif produise des outils standardisés tout à la fois extrêmement précis dans les

signes de repérage ciblés, mais aussi extrêmement large, c'est-à-dire pouvant finalement concerner un grand nombre d'élèves. Les remédiations aux différents troubles découlent directement des caractéristiques supposées aux élèves diagnostiqués. Émerge ici une contradiction majeure : souvenons-nous des définitions très élastiques de ces différents troubles, et des critères souvent larges pour arriver à leur diagnostic. Les caractéristiques ainsi accolées à ces catégories d'élèves pourraient donc se révéler trompeuses, voire non pertinentes. Nous allons cependant voir qu'à partir des années 2000, les réformes dans le champ scolaire ont pleinement intégré ces préconisations, avec une progression exponentielle depuis les années 2010. Dans la partie qui suit, nous allons décrire ces politiques publiques éducatives ayant pour objet les diagnostics scolaires, soit la mise en œuvre officielle et progressive du repérage et des remédiations à ces troubles, au sein de l'école.

3.2. L'établissement des diagnostics scolaires dans les textes officiels (ou l'école comme institution centrale de repérage et de remédiation)

Nous allons dans ce sous-chapitre faire un état des lieux des textes officiels ayant pour objets les diagnostics scolaires. Nous débuterons par la description du contexte international et de l'émergence des élèves dits à besoins éducatifs particuliers, en lien avec le paradigme de l'inclusion scolaire. Dans un second temps, nous nous attarderons sur les réformes produites dans le contexte national français. La majorité d'entre elles se situent dans ces vingt dernières années (2000-2022) et visent un meilleur repérage et/ou la mise en place de remédiations spécifiques à chaque diagnostic scolaire. Nous montrerons les transformations structurelles de l'institution scolaire dans la représentation et la prise en charge des élèves en difficulté, souvent suspectés d'être porteurs de troubles. Nous terminerons en retraçant les mutations les plus récentes du système éducatif, avec la place centrale des recherches en neurosciences cognitives visant à servir l'éducation.

3.2.1. Le paradigme de l'inclusion scolaire et de la réussite de tous les élèves

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme définit que : « *toute personne a droit à l'éducation. L'éducation doit être gratuite, au moins en ce qui concerne l'enseignement élémentaire et fondamental. [...] l'accès aux études supérieures doit être ouvert en pleine égalité à tous en fonction de leur mérite.* » (ONU, 1948 : article 26). La Convention des droits de l'enfant précise que « *Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant à l'éducation, et en particulier, en vue d'assurer l'exercice de ce droit progressivement et sur la base de l'égalité des chances* » (ONU, 1989 : article 28). Elle garantit aussi l'accès effectif à l'éducation pour les enfants handicapés (*ibid.* : article 23). En 1994, la déclaration de Salamanque réunit 92 gouvernements et 25 organisations internationales pour fixer les objectifs de l'éducation inclusive. Les besoins éducatifs spéciaux de certains enfants y sont définis comme tels (ce n'est pas nous qui soulignons) :

« L'idée principale qui guide ce **Cadre d'Action** est que l'école devrait accueillir **tous les enfants**, quelles que soient leurs caractéristiques particulières d'ordre physique, intellectuel, social, affectif, linguistique ou autre. Elle devrait recevoir aussi bien les enfants handicapés que les surdoués, les enfants des rues et ceux qui travaillent, les enfants des populations isolées ou nomades, ceux des minorités linguistiques, ethniques ou culturelles ainsi que les enfants d'autres groupes défavorisés ou marginalisés. Ces situations diverses engendrent une série de défis pour les systèmes scolaires. Dans le contexte du présent **Cadre d'Action**, le terme " besoins éducatifs spéciaux " renvoie à tous les enfants et adolescents dont les besoins découlent de handicaps ou de difficultés d'apprentissage. » (UNESCO, 1994 : 6)

L'inclusion scolaire ne concerne donc pas que les élèves handicapés ; mais plus largement les élèves dits à besoins éducatifs spéciaux (*special educational needs*). Cette métacatégorie est également nommée « *besoins éducatifs particuliers* ». Les enfants porteurs de diagnostics scolaires font partie de cette métacatégorie, définie par l'UNESCO⁸⁴ et comprenant tout à la fois les « *élèves dyslexiques, hyperactifs, troublés du langage et de la parole [...] malades, étrangers, primo ou nouveaux arrivants, enfants du voyage, enfants intellectuellement précoces...* » (Ventoso y Font et Fumey, 2016 : 44). Dès 2002, la circulaire relative aux dispositifs de l'adaptation et de l'intégration scolaires mentionne ces « *besoins éducatifs particuliers de certains élèves* », précisant :

« Ces derniers, du fait de leur situation particulière (maladies, handicaps, difficultés scolaires graves et durables), nécessitent, pour une durée variable, la mise en œuvre de démarches

⁸⁴ United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization ; en français, l'organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture.

pédagogiques adaptées, assorties, dans certains cas, d'accompagnements éducatifs, rééducatifs et thérapeutiques exigeant le concours de services ou de professionnels extérieurs à l'école. » (MEN, 2002)

Ces besoins éducatifs particuliers nécessitent donc la mise en place de conditions d'enseignement adaptées, en plus de traitements thérapeutiques ou rééducatifs. Sous le paradigme de l'école inclusive, nous allons voir que les textes officiels mêlent souvent la catégorie d'élèves en situation de handicap et la métacatégorie d'élèves à besoins éducatifs particuliers — même si la seconde contient la première. Cette confusion rend parfois ardue la délimitation des populations concernées par les dispositifs créés. La définition de la métacatégorie des élèves à besoins éducatifs particuliers, actuellement admise par le ministère de l'Éducation nationale, est la suivante (c'est nous qui soulignons) :

« La notion peut recouvrir une **population d'élèves très diversifiée : élèves en situations de handicap ; grande difficulté d'apprentissage ou d'adaptation ; enfants malades ; enfants intellectuellement précoces ; enfants en situation familiale ou sociale dégradée ; mineurs isolés ; mineurs incarcérés ; élèves allophones nouvellement arrivés ; enfants issus de familles itinérantes ou du voyage.** » (MEN, 2021b : 13)

Sont ainsi rassemblés, sous cette métacatégorie, les élèves en difficultés d'apprentissage, précoces, malades, en situation de handicap, en difficulté scolaire grave, etc. Les quatre catégories de diagnostics scolaires que nous étudions tiennent donc bonne place au sein de cette métacatégorie.

Les données actuelles relayées dans un rapport du parlement européen suggèrent que ces enfants à besoins éducatifs spéciaux ont plus de risque d'être exposés à la pauvreté, mais également au décrochage scolaire (Soriano *et al.*, 2017 : 9). La définition de cette métacatégorie d'élèves ainsi que la valeur pronostique de leurs difficultés scolaires justifient des orientations politiques et la création de dispositifs pour les accompagner au mieux au sein de l'école. Nous observons trois choses : premièrement, la frontière mouvante entre les élèves en situation de handicap et ceux présentant des besoins éducatifs particuliers ; deuxièmement, l'étonnante variété contenue dans cette dernière catégorie ; troisièmement, la nécessité d'agir en leur direction. Nous verrons que ces deux premiers éléments, risquant d'amener une confusion voire des malentendus (de quels enfants parle-t-on ?), sont toujours présents dans les politiques publiques actuelles.

Les « *Principes directeurs pour l'inclusion* », publiés par l'UNESCO en 2006, établissent la recommandation suivante :

« “ Ce sont tous les enfants et les adolescents du monde qui ont droit à l'éducation et non nos systèmes éducatifs qui ont droit à un certain type d'enfants. C'est le système scolaire d'un pays qu'il faut adapter aux besoins de tous les enfants ”. (B. Lindqvist, rapporteur des Nations Unies, 1994) » (Ahuja *et al.*, 2006 : 13)

Le rapport publié par l'Organisation des Nations Unies en 2020, traitant globalement de l'inclusion du handicap, réaffirme, dans sa dernière phrase de conclusion, « *l'objectif [...] de ne laisser personne de côté* » (Secrétaire général des Nations Unies, 2020 : 36). Pour ce faire, sont entre autres recommandés d'intégrer la notion d'inclusion dans chaque plan stratégique, mais aussi un renforcement des connaissances et des capacités du personnel en matière d'inclusion du handicap (*ibid.* : 27).

Résumons : c'est au niveau international que sont définis des enfants dits à besoins éducatifs particuliers, dont font partie les enfants en situation de handicap. Au regard de cette diversité et des difficultés rencontrées par ces élèves, la réponse faisant consensus est l'inclusion scolaire. Il faut donc accueillir tous les enfants au sein de l'école, et mettre en place les adaptations nécessaires afin qu'ils puissent bénéficier de la même éducation que tous leurs camarades. Nous pouvons dire de cette approche des difficultés scolaires qu'elle oriente vers une entrée individualisante, car il faut que l'école s'adapte aux singularités de chaque élève.

Dans cette logique, en France, c'est la loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989, qui place pour la première fois l'élève au centre du système éducatif :

« Pour assurer l'égalité et la réussite des élèves, l'enseignement est adapté à leur diversité [...] » (Présidence de la République Française, 1989 : art. 4)

Nous voyons là le passage d'une école républicaine centrée sur l'idée d'apporter à tous la même socialisation aux mêmes savoirs — ceux, légitimes, reconnus par l'institution — à une école centrée sur ses élèves, et plus précisément sur chacun d'entre eux. Cette loi définit également l'objectif de conduire l'ensemble d'une classe d'âge au niveau du certificat d'aptitude professionnelle ou du brevet d'études professionnelles, et 80 % d'une classe d'âge au niveau du baccalauréat. Notons qu'à l'époque, le taux de bacheliers était tout juste supérieur à 70 % (DEPP, 2017b : 227). Le décrochage ou l'échec scolaires deviennent ainsi des phénomènes problématiques, voire intolérables socialement, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail. Morel retrace l'effet que la redéfinition de l'échec

scolaire a eu sur les politiques publiques éducatives à partir des années 1990, notamment avec le rapport Thélot critiquant l'uniformité de l'école de masse (Thélot, 2004) :

« En somme, le diagnostic est le suivant : si l'école unique fonctionne mal en France, c'est parce que, prisonnière du dogme de l'unification des méthodes, des objectifs et des contenus, elle est incapable de différencier les apprentissages en fonction des besoins singuliers des élèves. » (Morel, 2016 : 236).

C'est à partir de cette période que les textes officiels formulent l'objectif d'une « *réussite de tous les élèves* » (Roiné, 2009), objectif sans cesse réaffirmé dans les textes promulgués ces dernières années (Becchetti-Bizot, 2020 ; Présidence de la République Française, 2013 a, 2013b, 2018, 2019). Or, la réussite de tous est non seulement inatteignable, mais elle contient en elle-même un paradoxe évident : si tous les élèves réussissent, alors plus aucun ne réussit (Sarrazy, 2002b). En effet, il faut bien mettre en regard une notion (la réussite) de son opposé (l'échec, la difficulté) pour qu'elle conserve sa valeur. Sans échec, pas de réussite, et inversement. Comment comprendre ces déclarations politiques obstinées visant un objectif évidemment impossible ? En lien avec la notion d'inclusion scolaire, nous pouvons analyser ce mouvement paradoxal avec la théorie rawlsienne de justice, qui se base sur un ensemble de principes capables de faire l'unanimité. Dans cette théorie, les personnes sont considérées avant tout comme libres et rationnelles ; et ce sont ces deux caractéristiques qui en feraient des personnes égales (Rawls, 1997). Cette conception, prenant ses distances avec les doctrines morales pour se recentrer sur les éthiques individuelles, peut être rapprochée des réformes visant la réussite de tous. En effet, les solutions proposées par les politiques sont essentiellement axées sur l'élève. Il s'agirait pour ce dernier de bénéficier d'aménagements de son parcours, des contenus et des formes pédagogiques mis à sa disposition, de son rythme d'apprentissage (pour ne prendre que quelques exemples, que nous détaillerons plus bas). Ces propositions de réponses pour lutter contre les difficultés et l'échec scolaires sont fortement associées à l'idée de justice, au sens où les élèves les moins avantagés seraient personnellement aidés et soutenus. Cependant, dans ce cas, l'échec serait un résultat dont l'individu porterait l'entière responsabilité, toutes les conditions ayant été mises en œuvre par ailleurs pour favoriser sa réussite. Cette analyse nous permet de soulever l'effet pervers des politiques mises en place spécifiquement en direction des élèves les plus vulnérables à la difficulté, les moins acculturés, plus ou moins porteurs de diagnostics scolaires. En effet, la multitude de dispositifs existants pour accompagner ces élèves permet de décharger

l'institution et les politiques scolaires de toute responsabilité dans la persistance de difficultés, voire dans l'échec de ces élèves. L'édito du projet de loi de finances 2021, écrit par le ministre de l'Éducation, reflète particulièrement cette rhétorique (c'est nous qui soulignons) :

« L'élévation générale du niveau et la réduction des inégalités sont les deux jambes d'une politique éducative qui réussit. Ces deux impératifs sont d'autant plus indissociables dans le contexte de crise sanitaire que nous connaissons. Plus que jamais, nous devons prêter une attention aux plus fragiles et ouvrir à tous le champ des possibles. »

Premier budget de l'État, le budget 2021 du ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports répond à cet **objectif de justice sociale**. La maîtrise des savoirs fondamentaux — lire, écrire, compter, respecter autrui — par tous les élèves à la fin du CM2 reste la priorité de notre action. Elle se traduit cette année par un nouvel effort en faveur du premier degré, avec plus de 2 000 emplois supplémentaires, et par la poursuite du dédoublement des classes en réseaux d'éducation prioritaire, dont 60 000 élèves seront concernés en grande section de maternelle. **Le projet de loi de finances pour 2021 parachève également le service public de l'École inclusive, avec 4 000 nouveaux emplois d'accompagnants d'élèves en situation de handicap (AESH) et la poursuite du déploiement des pôles inclusifs d'accompagnement localisés (Pial) sur tout le territoire.**

Nos professeurs, en accompagnant chaque élève vers la citoyenneté, sont au centre d'**une société tournée vers le progrès social.** » (Blanquer, 2020)

Souligner l'action en direction des élèves les moins favorisés et les plus vulnérables semble bien avoir pour fonction de masquer la responsabilité du politique dans les difficultés scolaires, qui restent sous-tendues par les inégalités socioéconomiques (nous développerons cet aspect dans la partie 7.1.1.). À titre d'exemple, on dénombre à la rentrée 2020 plus de 20,3 % d'élèves « en retard » à l'entrée en 6^{ème} et dont les parents sont inactifs contre 2,4 % d'élèves dont les parents sont cadres (DEPP, 2021b : 71). Il est également notable que les savoirs fondamentaux occupent une place centrale dans le discours cité. Morel montre que ce recentrement sur ces savoirs fondamentaux va de pair avec l'introduction du socle commun de compétences en 2005. Ainsi, si ces savoirs et compétences ne sont pas acquis tels qu'ils devraient au terme de l'année scolaire, l'élève pourrait être objectivement identifié comme étant en échec (2014 : 61). C'est l'effet qu'introduit le terme même de fondamental : puisqu'il s'agit de savoirs de base, si l'élève ne parvient pas à les acquérir dans le temps imparti, alors c'est une difficulté qui lui est propre, ce qui amène aujourd'hui à suspecter un trouble.

La notion d'inclusion scolaire a partie liée avec la dynamique que nous venons de décrire : précisons pourquoi. En France, le passage du paradigme de l'intégration à celui de

l'inclusion scolaire a été acté en 2013 (Présidence de la République Française, 2013a). Il s'agit de mettre en place les conditions pour la réussite des « *élèves à besoins éducatifs particuliers, dont les élèves en situation de handicap* » (MEN, 2019b). L'inclusion scolaire, loin de se limiter à la seule notion de handicap, concerne ainsi une grande variété d'élèves, dont ceux porteurs de diagnostics scolaires. Or, une catégorie quelle qu'elle soit trace de fait une frontière entre les individus qui la composent et le reste de l'ensemble. L'inclusion — du latin *inclusio* signifiant « emprisonnement » — consiste donc à mêler à l'ensemble d'un groupe les individus désignés comme devant être inclus. Pour le dire autrement : l'inclusion scolaire implique d'avoir déjà exclu un certain nombre d'élèves ou de catégories d'élèves, dans un premier mouvement. Or, comme le souligne Gardou (2012) :

« Être inclusif n'est donc pas faire de l'inclusion, pour corriger *a posteriori* les dommages des iniquités, des catégorisations et des ostracismes. C'est redéfinir et redonner sens à la vie sociale dans la maison commune [...] » (Gardou, 2012 : 152)

À l'inverse de cette définition, nous voyons, avec les diagnostics scolaires, combien ces catégories s'affinent, et donc se multiplient : le discours inclusif produit, très paradoxalement, l'inflation de catégories dissemblables à l'ensemble des élèves considérés comme ordinaires. Ajoutons qu'il existe un double discours de l'inclusion : il faudrait à la fois inclure tout le monde, mais accueillir les différences de chacun. Soit, viser à la fois une normativité scolaire — puisque l'idée reste de maîtriser les mêmes savoirs, définis comme fondamentaux, pour pouvoir exercer pleinement sa citoyenneté future — et multiplier les étiquettes, les catégories qui ne correspondent pas à cette norme.

Résumons ce que nous venons d'exposer. Les exigences de réussite de tous les élèves et de l'inclusion scolaire soulèvent une question essentielle : celle du sens donné aux mots, et qui leur confère un certain poids. Nous pouvons relever la présence d'effets plus ou moins performatifs, selon les mots employés. Par exemple, l'« *échec scolaire* » est une expression plus déterministe et dramatique que celle des « *élèves en difficulté* », et légitime ainsi des réformes structurelles de l'institution scolaire (Morel, 2014 : 56). Aussi, les mots employés pour décrire des phénomènes (« *échec* », « *décrochage* », « *troubles spécifiques des apprentissages* », « *troubles anxieux scolaires* », etc.) ne sont pas anodins ; les représentations qu'ils véhiculent produisent des actes dans la réalité (Austin, 1991). Elles peuvent, par exemple, donner de la force à certaines initiatives politiques et modifier, nous le verrons, les pratiques des acteurs de terrain. La valeur pronostique des diagnostics

scolaires, que nous avons détaillée dans la partie 2.2., n'autorise aucun doute au niveau politique. En effet, le coût économique et social de ces diagnostics exige d'y remédier, le plus précocement possible.

La visée affichée par les politiques éducatives à la fois d'une réussite de tous les élèves et d'une inclusion scolaire se révèle donc paradoxale. Ce discours semble pourtant avoir une fonction, nous allons le développer plus loin, de disculpation et de masquage d'autres facteurs des difficultés scolaires. Retenons que l'école est sommée de répondre aux besoins particuliers ou spécifiques de chaque élève dont la situation le nécessite. C'est après avoir établi cette base que nous allons effectuer un historique des politiques éducatives concernant les diagnostics scolaires.

3.2.2. L'imposition des diagnostics scolaires dans les textes officiels et l'inflation des dispositifs individualisants

En France, deux rapports font date concernant les diagnostics scolaires. Le premier concerne les troubles dys (Ringard, 2000), et le second les élèves intellectuellement précoces (Delaubier, 2002). Ces rapports demandent chacun des adaptations de la scolarité pour les élèves concernés. Peu après, en 2005, ces deux catégories diagnostiques font leur entrée dans le Code de l'éducation⁸⁵ (Présidence de la République Française, 2005c) :

« Dans les écoles, des aménagements particuliers et des actions de soutien sont prévus au profit des élèves qui éprouvent des difficultés, notamment les élèves atteints de troubles spécifiques du langage oral et/ou écrit, telle la dyslexie. Lorsque ces difficultés sont graves et permanentes, les élèves reçoivent un enseignement adapté.

Des aménagements appropriés sont prévus au profit des élèves à haut potentiel ou manifestant des aptitudes particulières, afin de leur permettre de développer pleinement leurs potentialités. La scolarité peut être accélérée en fonction du rythme d'apprentissage de l'élève. » (Article L321-4, 2005)

Il s'agit donc de reconnaître ces élèves et leurs besoins particuliers, pouvant nécessiter des adaptations de diverse nature. Quatre types de contrats d'aménagements scolaires individualisés existent aujourd'hui dans l'enseignement primaire et secondaire. Avant de les détailler, énonçons-les brièvement :

- Le plan d'accueil individualisé (PAI) destiné aux élèves porteurs de pathologies

⁸⁵ Ces deux paragraphes sont restés inchangés par les lois ultérieures.

- somatiques, mais aussi à ceux souffrant de troubles scolaires anxieux ;
- Le projet personnalisé de scolarisation (PPS) réservé aux élèves en situation de handicap ;
 - Le programme personnalisé de réussite éducative (PPRE) qui peut être mis en place pour tout élève rencontrant des difficultés dans l'acquisition des savoirs fondamentaux ;
 - Le plan d'accompagnement personnalisé (PAP), particulièrement destiné aux enfants porteurs de troubles des apprentissages (troubles dys, TDAH, HPI).

L'institution scolaire est donc aujourd'hui très pourvue en dispositifs permettant de particulariser ses enseignements (leur contenu, leur forme, leur rythme, etc.). Nous allons détailler le cheminement législatif ayant permis la mise en place de chacun de ces dispositifs. La circulaire relative aux dispositifs de l'adaptation et de l'intégration scolaires, citée plus haut, insiste sur la nécessité pour les enseignants de « *construire de nouvelles réponses aux besoins particuliers de certains enfants* ». Elle recommande également d'orienter vers les RASED⁸⁶ les élèves en difficulté persistante dans l'acquisition du langage oral et écrit pour effectuer des bilans plus précis. Ceci en plus de rendre possible l'intervention de personnels spécialisés au sein de l'école, comme nous l'avons déjà mentionné (MEN, 2002). C'est en 2005 que la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées garantit l'accès à la scolarisation en milieu ordinaire aux enfants handicapés. Cette même loi crée le projet personnalisé de scolarisation (PPS), décrit à l'article D-352-5 du Code de l'éducation comme un dispositif qui « *définit et coordonne les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap.* » (Présidence de la République Française, 2005b). Deux mois après, la loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école fait entrer dans le Code de l'éducation les troubles spécifiques du langage oral et/ou écrit et le haut potentiel, comme nous venons de le voir. Elle crée aussi le programme personnalisé de réussite éducative (PPRE), soit « *un dispositif spécifique d'aide, intensive et de courte durée, à destination d'élèves en difficulté dans l'acquisition des compétences du socle commun.* »

⁸⁶ Dispositifs créés en 1990 et pourvus d'enseignants spécialisés (à dominante pédagogique ou rééducative) et de psychologues (Circulaire relative à la mise en place et organisation des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté, 1990).

(Présidence de la République Française, 2005c), mis en place « *lorsqu'il apparaît qu'un élève risque de ne pas maîtriser les connaissances et les compétences indispensables à la fin d'un cycle.* » (MEN, 2013). Le PPRE s'ajoute ainsi au plan d'accueil individualisé (PAI), créé dans la continuité de la loi de 1989⁸⁷, qui permet une adaptation de la scolarisation pour les élèves souffrant de pathologies somatiques (par exemple, l'asthme). Pour ce qui nous intéresse, la circulaire relative au projet d'accueil individualisé pour raison de santé du 10 février 2021 a officiellement étendu le dispositif de PAI aux enfants et adolescents atteints de « *troubles scolaires anxieux* », permettant ainsi des aménagements pédagogiques et des adaptations de l'emploi du temps (MEN, 2021a). Un quatrième dispositif d'individualisation scolaire est créé en 2013 par la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République : le plan d'accompagnement personnalisé (PAP). Le PAP est particulièrement destiné aux enfants porteurs de troubles des apprentissages, et/ou pour qui le PPRE ne suffit pas à résoudre les difficultés scolaires (Présidence de la République Française, 2013a). Ce dispositif est rendu opérationnel par voie de circulaire en 2015 (MEN, 2015a). Il se présente sous la forme d'un document précisant l'effet du ou des troubles sur les apprentissages de l'élève⁸⁸, mais aussi tous les aménagements à mettre en place pour ce dernier, dans toutes les matières concernées. Nous retrouvons par exemple l'usage de consignes simplifiées, l'adaptation des supports, la mise à disposition d'outils individuels et adaptés, etc., et ce, dès la maternelle (nous retrouvons le détail du document, sur lequel nous reviendrons, en annexe 6). Le choix de ces aménagements est presque toujours suggéré par les professionnels de santé extérieurs à l'école⁸⁹.

Certains de ces dispositifs, une fois mis en place durant la scolarité de l'enfant, permettent des aménagements aux examens. Pour ce qui est du diplôme national du Brevet, un arrêté de 2018 expose (c'est nous qui soulignons) :

« les candidats à l'examen du diplôme national du brevet et du certificat de formation générale présentant un handicap **ou disposant d'un plan d'accompagnement personnalisé peuvent bénéficier d'adaptations ou être dispensés de certaines épreuves** ou parties d'épreuves, par décision du recteur d'académie, à leur demande et sur proposition du médecin désigné par la

⁸⁷ Le PAI fut mis en place par la circulaire n° 99-181 du 10 novembre 1999, abrogée par la circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003.

⁸⁸ Déterminé par le médecin scolaire, le plus fréquemment.

⁸⁹ Qui sont souvent ceux ayant effectué les bilans nécessaires au diagnostic du trouble, par exemple un orthophoniste, un psychologue ou un psychomotricien.

commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et dans les conditions fixées par le présent arrêté. » (MEN, 2018)

En 2017, la mise en place d'aménagements lors du diplôme national du Brevet en raison de troubles des apprentissages était estimée entre 2 % et 5 % des élèves selon le secteur de scolarisation (Morel, 2018).

Pour ce qui concerne le baccalauréat (général, technologique et professionnel), un arrêté de 2012 rendait possibles la dispense et/ou l'adaptation de certaines épreuves pour une diversité de candidats, dont ceux présentant une déficience du langage écrit ou oral ainsi que de l'automatisation du langage écrit (MEN, 2012a). Cependant, cet arrêté a été abrogé par un second, en 2019, modifiant ces dispositions concernant les baccalauréats général et technologique pour les rendre accessibles aux seuls « *candidats présentant tout trouble relevant du handicap [...] et empêchant l'expression ou la compréhension écrite ou orale d'une langue vivante* », pour ce qui concerne le sujet qui nous occupe (MEN, 2019c). Nous observons ici un recentrement sur les élèves porteurs d'un handicap.

Toutefois, un décret de 2020 confirme que le PAI ainsi que le PAP (lorsqu'il est accordé au titre d'un trouble neurodéveloppemental) rendent possible la réplique des aménagements pédagogiques aux examens et aux concours. L'article D. 311-13-1 du Code de l'éducation, créé par ce décret, précise (c'est nous qui soulignons) :

« Sans préjudice des dispositions de l'article D. 351-28, **les candidats aux examens ou concours de l'enseignement scolaire qui disposent d'un plan d'accompagnement personnalisé au titre d'un trouble du neuro-développement peuvent bénéficier d'aménagements et adaptations dans les mêmes conditions que celles définies à l'article D. 351-27** et suivants. Ces aménagements et adaptations sont en cohérence avec les mesures pédagogiques mises en œuvre dans le cadre du plan d'accompagnement personnalisé. » (MEN, 2020b)

Précisons que l'article D. 351-27 détaille les différents aménagements possibles pour les candidats en situation de handicap, et qu'à l'article D. 351-28-1 sont adjoints les candidats bénéficiant d'un PAI. Ce n'est que lorsque les aménagements demandés par les candidats (non handicapés) ne sont pas en cohérence avec leur PAI ou PAP qu'ils peuvent leur être refusés, ou bien lorsqu'ils sollicitent une majoration du temps imparti pour une ou plusieurs épreuves (plus communément appelée tiers-temps).

Retenons de ces différents textes que les frontières entre élèves en situation de handicap, élèves bénéficiant d'un PAI et élèves porteurs de troubles du neurodéveloppement

bénéficiant d'un PAP sont assez floues. Retenons toutefois que les élèves bénéficiant d'un PAP peuvent également bénéficier d'aménagements aux examens⁹⁰.

En plus de ces quatre dispositifs, nous pouvons mentionner l'Apadhe (Accompagnement pédagogique à domicile à l'hôpital ou à l'école), remplaçant les SAPAD⁹¹ depuis 2020 (MEN, 2020a). L'Apadhe vise à assurer la continuité des apprentissages pour les élèves dont l'état de santé ne leur permet pas de se rendre à l'école, ou seulement partiellement. Ce dispositif peut donc concerner les enfants présentant des troubles anxieux scolaires, et pour lesquels un PAI ne suffit pas.

Mentionnons trois circulaires, en 2007, 2009 puis 2012, qui concernent plus particulièrement les élèves à haut potentiel intellectuel. La circulaire de 2007 vise à améliorer la détection de ces élèves par les enseignants et les psychologues de l'Éducation nationale, avec une formation systématique de ces derniers au dépistage et à l'accompagnement (MEN, 2007). La circulaire de 2009 définit l'enfant à haut potentiel comme faisant partie de la métacatégorie des élèves à besoins éducatifs particuliers. Le texte insiste sur les potentielles difficultés scolaires de ces élèves, sur la nécessité d'une aide et d'un accompagnement adaptés, et d'une formation des enseignants, psychologues et médecins scolaires ainsi que des personnels de direction (MEN, 2009c). La circulaire relative aux orientations et instructions pour la préparation de la rentrée 2012 fait aussi spécifiquement référence aux élèves intellectuellement précoces, qui « *doivent bénéficier de réponses individualisées. Dans chaque académie, un référent EIP est l'interlocuteur privilégié pour les parents et la communauté éducative. Pour assurer le suivi et la prise en charge de ces élèves dans les meilleures conditions, il convient de privilégier trois orientations : la formation, la lisibilité des structures et leur développement dans l'enseignement public.* » (MEN, 2012b). Ces trois circulaires, ajoutées à la publication du *vade-mecum* visant à scolariser un élève à haut potentiel déjà cité (Bureau de la personnalisation des parcours scolaires et de la scolarisation des élèves en situation de handicap — DGESCO, 2019), montrent la préoccupation politique autour des élèves porteurs de ce diagnostic.

En parallèle du développement des dispositifs d'accompagnement individualisé, nous

⁹⁰ Nous avons pu confirmer l'effectivité de ces procédures d'aménagements aux examens dans le cadre d'un PAP par notre enquête de terrain, notamment auprès des inspecteurs et médecins scolaires.

⁹¹ Services d'assistance pédagogique à domicile, créés par la circulaire n° 98-151 du 17-7-1998.

pouvons mentionner la quasi-disparition du redoublement. C'est un décret de 2014, modifiant l'article D. 321-6 du Code de l'éducation, qui souligne le caractère exceptionnel de tout redoublement et précise que, le cas échéant, un dispositif d'aide doit être mis en place (par exemple, un PPRE) (MEN, 2014c). Le redoublement, permettant à certains élèves — par exemple les moins acculturés scolairement — de prolonger leur socialisation aux savoirs, est donc aujourd'hui quasiment aboli.

L'ensemble de ces dispositifs met en lumière la prépondérance de l'aide individualisée, en cohérence avec la centration du système scolaire autour de l'élève. Ces adaptations, contractualisées sous forme de plans ou de projets, ouvrent la possibilité d'aménagements aux examens terminaux, en fonction des besoins particuliers ou des troubles spécifiques des élèves. Nous observons clairement un recentrement sur l'individualité de chaque élève, à l'appui d'une myriade de troubles et de besoins particuliers, ceci au détriment d'une socialisation collective et possiblement prolongée aux savoirs scolaires.

3.2.3. Entre besoins éducatifs particuliers et situations de handicap

Les diagnostics scolaires que nous étudions ici ne donnent pas systématiquement lieu à une notification de handicap. C'est le cas pour certains d'entre eux, selon le type de trouble et sa sévérité ; par exemple, les troubles neurodéveloppementaux peuvent aboutir à une reconnaissance de handicap. Mais des dispositifs comme le PAP (dédié aux troubles des apprentissages) ou le PAI (pouvant être mis en place dans le cas de refus scolaire anxieux) permettent des aménagements pour les élèves porteurs de troubles, mais sans notification de handicap.

Nous allons brièvement nous attarder sur quelques textes qui concernent spécifiquement les élèves en situation de handicap, et qui peuvent donc concerner certains élèves porteurs de diagnostics scolaires.

C'est la loi de finances pour 2014 qui crée le statut d'accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH). Cette loi leur attribue une formation spécifique et détaille les modalités de contractualisation pour ces personnels (Présidence de la République Française, 2013c).

Les conditions de formation et diplôme, les modalités de recrutement, les fonctions et la rémunération des AESH sont précisées en 2014 par une circulaire spécifiquement dédiée (MEN, 2014a). Des modifications ont été apportées en 2019 par la loi pour une école de la confiance, notamment en imposant une formation initiale de 60 h, un contrat à durée déterminée de trois ans minimum, et la possibilité de transformation en contrat à durée indéterminée. Cette loi crée les pôles inclusifs d'accompagnement localisé (Pial), qui ont pour objectif de coordonner les moyens d'accompagnement humain pour les élèves en situation de handicap. La loi précise également qu'un référent doit être désigné pour appuyer les AESH dans leurs missions (Présidence de la République Française, 2019).

Deux circulaires, en 2015 puis 2016, poursuivent l'objectif d'une école pleinement inclusive. En 2015 sont créées les Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS), effectuant un renversement de logique : la classe de référence de l'élève en situation de handicap est sa classe ordinaire. Auparavant, le mouvement était inverse : la classe de référence de l'élève en situation de handicap était la classe d'inclusion scolaire. Peuvent être admis en ULIS les élèves porteurs de troubles spécifiques du langage et des apprentissages, avec une notification de handicap (MEN, 2015b). Des « *réponses différenciées pour une éducation inclusive* » sont détaillées dans la circulaire de 2016, notamment l'attribution d'une aide humaine (AESH) ou de matériel pédagogique adapté (tel qu'un ordinateur, par exemple), ainsi que l'accompagnement médico-social de l'élève (MEN, 2016).

En complément de ces dispositifs ciblant directement les élèves en situation de handicap, sont créées en 2019 les équipes mobiles d'appui médico-social pour la scolarisation des enfants en situation de handicap, à destination de l'ensemble du personnel scolaire. La circulaire relative à cette création précise :

« La mise en place de ces équipes vise à apporter aux établissements scolaires et leurs professionnels, l'appui de l'expertise existant au sein des établissements et services médico-sociaux (ESMS) grâce à des professionnels mobilisés à cet effet. Cette démarche rejoint le développement de "fonctions ressources" au sein des ESMS dans le cadre de la transformation de l'offre médico-sociale en faveur du virage inclusif » (MSS, 2019 : 3)

Les missions de ces équipes se centrent sur le conseil, la sensibilisation et l'appui au personnel des établissements scolaires dans le cadre de la scolarisation d'élèves en situation de handicap. Ces équipes sont confortées et déployées sur l'ensemble du territoire par la circulaire relative au cahier des charges des équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation des enfants en situation de handicap (MSS, 2021).

Cependant, d'autres textes de loi concernent à la fois les élèves en situation de handicap et les élèves à besoins éducatifs particuliers.

La circulaire d'orientation et de préparation de la rentrée scolaire 2013 insiste sur la nécessité de proposer des réponses pédagogiques différenciées en fonction des besoins des élèves. Elle vise également une meilleure scolarisation des élèves en situation de handicap et des élèves à besoins éducatifs particuliers⁹² (MEN, 2009a). Revenons brièvement sur la loi du 8 juillet 2013, précédemment citée pour la création du PAP et le passage du paradigme de l'intégration à celui de l'inclusion scolaire. Là où l'intégration concernait spécifiquement les élèves en situation de handicap, il s'agit avec l'inclusion d'élargir ce mouvement : quels que soient les besoins particuliers de l'élève, c'est à l'école de s'y adapter. Afin de poursuivre cet objectif, cette loi crée un pôle ressource par circonscription, placé sous l'autorité de l'inspecteur de l'Éducation nationale, et incluant le RASED ainsi que d'autres professionnels (Présidence de la République Française, 2013a).

En 2014, la circulaire relative à l'adaptation scolaire et à la scolarisation des élèves handicapés établit que « *dès qu'un élève rencontre une difficulté dans ses apprentissages scolaires, une aide lui est apportée à l'école.* » Une nouvelle fois, les élèves en situation de handicap et les élèves en difficulté sont réunis, dans le même objectif de réussite de tous les élèves. Les pôles ressources (notamment les psychologues et enseignants spécialisés du RASED) sont particulièrement mis en avant pour apporter cette aide. Le psychologue doit orienter l'élève et sa famille vers des professionnels de santé externes à l'école lorsqu'il l'estime nécessaire (MEN, 2014b).

Nous voyons à travers ces différentes lois les effets du flou sémantique des élèves à besoins éducatifs particuliers, associé à une catégorisation de plus en plus fine. Les diagnostics scolaires ne relèvent pas forcément du champ du handicap, mais sont tout de même reconnus comme causes de la plupart des difficultés scolaires, et peuvent ainsi donner lieu à des réponses pédagogiques différenciées par rapport à leurs camarades. Tout se passe comme si l'individualisation des contenus, formes et rythmes scolaires se généralisait à tout un ensemble d'élèves en difficulté, bien au-delà des frontières du handicap.

⁹² Avec une attention particulière portée aux élèves intellectuellement précoces.

3.2.4. Synthèse

L'avènement des élèves dits à besoins éducatifs particuliers incite à la prise en compte des singularités de chacun, quelles que soient sa situation et ses difficultés. Depuis le virage de la loi de 1989, l'institution scolaire est donc sommée de s'adapter à chaque enfant, passant par le recours à des professionnels spécialisés (internes ou externes à l'institution scolaire) ainsi qu'à une individualisation de plus en plus contractualisée (PPRE, PAP, PAI, PPS, Apadhe, etc.). Par la multiplication même des dispositifs, et par leur élargissement (par exemple, le PAI pouvant nouvellement concerner les troubles scolaires anxieux) s'opère un accroissement du nombre d'élèves potentiellement concernés. Comme nous l'avons vu, l'inclusion scolaire demande d'abord d'exclure un certain nombre d'élèves du groupe de leurs camarades. Nous verrons que le repérage accru de ces élèves au sein de l'école, associé à des critères diagnostiques très larges, risque bien d'en multiplier les effectifs. Ce quadrillage des enfants au moyen de catégories de plus en plus fines est recouvert par le discours de l'attention portée aux plus vulnérables, et de la réussite de tous les élèves. Il est difficile de s'opposer à ce type de discours, très puissant, qui sous couvert d'humanisme et d'égalitarisme, masque et réifie des difficultés scolaires sous forme de troubles. Les mesures principales pour inclure ces élèves au sein de l'école sont donc l'individualisation et la contractualisation des adaptations pédagogiques, au détriment d'une socialisation commune aux savoirs. Une question se pose cependant : lorsque toutes les adaptations nécessaires ont été mises en place et que l'élève reste tout de même en difficulté, que pourra-t-on faire de plus ? Ce que nous voulons dire est que l'individualisation des difficultés (même sous la forme de différences devant être accueillies au sein de l'école) et des remédiations a pour effet de disculper l'institution scolaire d'une certaine responsabilité. La conversion des difficultés scolaires en troubles engendre une transformation du regard porté sur ses élèves : les causes de leurs difficultés sont avant tout recherchées dans leurs caractéristiques endogènes ; nous détaillerons ce point dans la partie suivante.

De surcroît, nous pouvons relever le paradoxe suivant : la différence est mise en avant comme une richesse, et les enfants fonctionnant différemment doivent être pleinement inclus. Mais certaines de ces différences sont définies comme durables voire chroniques, songeons par exemple aux troubles neurodéveloppementaux tels qu'ils sont définis dans les études et les nosographies. Ainsi, l'inclusion implique au préalable une exclusion, et les

critères diagnostics de nos objets de recherche engendrent un risque majeur de réification des difficultés de l'enfant, sous la forme d'un trouble dit durable.

Nous allons à présent détailler le rôle des neurosciences cognitives dans l'orientation des politiques publiques éducatives les plus actuelles.

3.3. L'amplification du repérage et des remédiations depuis la fin des années 2010

Depuis la fin des années 1990 et de manière exponentielle, l'école est chargée à la fois du repérage précoce des diagnostics scolaires, mais aussi de leur exploration (et des orientations externes pour ce faire). Savournin résume ce cheminement :

« La notion de “ trouble des apprentissages ” s'est peu à peu imposée dans le monde scolaire en même temps que l'usage du préfixe “ dys ” se banalisait dans l'opinion publique. Depuis une quinzaine d'années, l'attention portée aux “ troubles spécifiques des apprentissages ” s'observe tant dans la diffusion de textes officiels et de préconisations à destination des enseignants que dans la multiplication d'articles de presse grand public et de sites d'associations spécialisées. » (Savournin, 2016)

Dans ce sous-chapitre, nous allons montrer, dans un premier temps, la manière dont les neurosciences cognitives infiltrent l'école et les recommandations qu'elles émettent. Dans un second temps, nous verrons l'amplification de l'injonction au repérage ces dernières années, notamment dans le champ scolaire.

3.3.1. Le développement de la science au service de l'éducation

Nous avons mentionné plus haut la création d'un Conseil Scientifique de l'Éducation Nationale (CSEN), en 2018. Disponible sur le site du ministère, la page de présentation du CSEN met en avant le fait que le niveau socioéconomique des familles a un impact sur la réussite des élèves. Cependant, le ministre de l'Éducation nationale y mentionne :

« Au plus près des besoins des professeurs, le Conseil fera des recommandations pour aider notre institution et les professeurs à mieux saisir les mécanismes d'apprentissage des élèves et ainsi mieux répondre à la diversité de leurs profils. » (Blanquer, 2021)

Si les facteurs socioéconomiques sont mentionnés, les recherches et recommandations produites par le CSEN restent centrées sur l'implication de la dimension neurocognitive dans les apprentissages. Nous avons déjà vu l'exemple des préconisations visant l'amélioration du sommeil des enfants, pour de meilleurs apprentissages (partie 2.3.3.). Si parler du sommeil avec les élèves lors des temps de classe est possible, les autrices reconnaissent que des changements dans les rythmes et horaires scolaires sont nettement plus complexes à mettre en place (Igloi *et al.*, 2022). Prolongeons avec un autre exemple, issu du rapport de synthèse faisant suite au dernier colloque organisé par le CSEN en 2020 (brièvement cité dans la partie 3.1.1.), et intitulé « *Quels professeurs au XXI^e siècle ?* ». Ce rapport s'appuie sur nombre d'études internationales afin d'avancer plusieurs recommandations à destination des enseignants. Au chapitre 4 figure une partie nommée « *Un enseignant entouré d'outils fondés sur les progrès des sciences de l'apprentissage* », mettant notamment en avant des « *principes pédagogiques validés par la recherche* ». Pour le dire autrement, pour bien enseigner, il faut avoir connaissance des dernières avancées de la recherche, sur le modèle de l'*evidence-based education*, soit l'éducation basée sur des preuves. L'introduction de ce chapitre nous éclaire à elle seule sur l'orientation des préconisations du CSEN (ce n'est pas nous qui soulignons) :

« Comment mieux entourer l'enseignant sur le plan des méthodes pédagogiques et du suivi des élèves ? Les cinquante dernières années ont vu des avancées considérables dans la connaissance des mécanismes cognitifs et cérébraux de l'apprentissage. Une tendance de fond, commune à tous les pays développés, vise à améliorer les fondements scientifiques des méthodes éducatives, en les appuyant sur ces avancées des sciences cognitives. [...] À l'avenir, **l'évaluation objective des méthodes et des outils pédagogiques, en mesurant les progrès des élèves qui y sont exposés relativement à un groupe contrôle, devrait systématiquement faire partie de tous les dispositifs innovants à l'éducation nationale.** » (Algan *et al.*, 2020 : 89-90)

Le rapport cite notamment les « *quatre piliers de l'apprentissage* », issu des travaux de Dehaene (2018) : l'attention, l'engagement actif, le retour sur erreur et la consolidation. Ces piliers sont essentiellement sous-tendus par les capacités mentales des enfants : on parle de l'attention en termes de « *ressources mentales* », l'engagement actif suppose « *la génération mentale d'hypothèses* », etc. Sans nier la dimension cognitive de l'apprentissage, nous soulignons son excessive accentuation. Ces études présentent l'apprentissage sous son aspect mécanique, c'est-à-dire pouvant se produire par les seules dispositions neurocognitives de l'enfant — même si celles-ci restent liées à l'environnement, toujours

désigné de manière vague et jamais véritablement examiné. Tout se passe donc comme si l'étude des processus d'apprentissage pouvait se passer de la situation didactique, des conditions de vie de l'enfant (notamment socioéconomiques), de son histoire, de la culture qui l'a grandi ; bref, d'un ensemble de facteurs qui détermineront en grande partie sa trajectoire scolaire. Dans la suite de ce même chapitre sont mentionnés les manuels et guides pédagogiques, qui devraient, selon les auteurs, intégrer des adaptations aux différences interindividuelles des élèves :

« Il n'y a aucune raison qu'un manuel, dès aujourd'hui, n'inclue pas de fonctions de modification de la taille des caractères, voire de lecture automatique à haute voix, adaptée aux élèves dyslexiques, ou de réponse à la souris et au clavier, adaptée aux élèves dyspraxiques. » (Algan *et al.*, 2020 : 92)

Ainsi, selon le CSEN, les résultats de la recherche en neurosciences cognitives constituent des indicateurs centraux permettant de meilleures pratiques d'enseignement. La différenciation pédagogique sur la base des caractéristiques des élèves y a toute sa place.

Dans cette même idée de jonction entre la recherche scientifique et un meilleur accompagnement des enfants, nous allons examiner la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022. De profondes transformations dans la manière d'envisager, de repérer et de prendre en charge des troubles du neurodéveloppement (troubles dys et TDAH) ont été actées par cette stratégie interministérielle, disposant de près de 400 millions d'euros de budget. Elle définit cinq engagements : nous allons en présenter trois, ainsi que leur actualisation, à l'appui du point d'étape à trois ans publié en 2021 et de l'actualité du site du Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées.

Le premier engagement de cette stratégie nationale est de « *Remettre la science au cœur de la politique publique* », en créant notamment un groupement d'intérêt scientifique (GIS) dédié aux troubles du neuro-développement. En 2021, le GIS comprend 100 équipes expertes et labellisées, et le territoire national cinq « *centres d'excellence TSA-TND*⁹³ », dont les missions sont de « *créer des connaissances au plus près des personnes concernées et de leurs besoins, puis diffuser les bonnes pratiques et les fruits de la recherche en proximité des professionnels et des accompagnants.* » (Compagnon et Cluzel, 2021 : 20). Il s'agit donc

⁹³ Troubles du spectre de l'autisme — troubles du neurodéveloppement.

de mettre en avant la recherche en neurosciences cognitives dans ce domaine, en témoigne cet extrait du point d'étape à trois ans :

« La France se situe au 10e rang de la production mondiale dans le domaine des TND (au 5e rang au niveau européen). Les publications françaises bénéficient d'une bonne visibilité internationale : elles sont, en moyenne, 1,5 fois plus citées que la norme mondiale et 17 % d'entre elles se positionnent au top 10 mondial des publications les plus citées (4e rang mondial). » (*ibid.* : 25)

Nous pouvons citer une des études en cours, menée par deux chercheurs en sciences cognitives et disposant de « *techniques d'imagerie de pointe, [visant] à mieux comprendre les bases cérébrales du développement du langage et de leur altération.* » (Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées, 2022b). Nous assistons bien là à une centration sur le cerveau pour comprendre le développement du langage et ses défauts, et donc les difficultés scolaires qui en découlent. Ces recherches sont d'autant plus importantes qu'elles donnent les orientations des futures recommandations : leur visée est la mise en pratique. En effet, la stratégie met en avant un « *projet de réseau européen transdisciplinaire centré sur les apprentissages* » visant le « *développement d'outils communs et de pratiques harmonisées au plan international* » (*ibid.*).

Le second objectif de cette stratégie est l'intervention précoce auprès des enfants présentant des écarts inhabituels de développement. En effet, le point d'étape 2021 précise qu'il est anormal « *que la plupart des diagnostics DYS interviennent seulement au moment des difficultés en école élémentaire* » et qu'il est nécessaire que le repérage de ces troubles ait lieu beaucoup plus tôt (Compagnon et Cluzel, 2021 : 33). À partir du repérage de l'enfant par les médecins consultés en première intention, l'orientation peut être faite vers une plateforme de coordination et d'orientation (PCO), soit des équipes expertes dans le diagnostic des troubles du neurodéveloppement. Il existait 63 de ces plateformes sur le territoire national en 2021 (*ibid.*), et 72 en 2022, selon la carte mise en ligne sur la page web dédiée au deuxième engagement de la stratégie (Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées, 2022a). Ces plateformes s'articulent avec le secteur hospitalo-universitaire, mais aussi avec tous les professionnels paramédicaux (psychomotricien, ergothérapeute et psychologue) exerçant selon de bonnes pratiques professionnelles, soit des pratiques orientées par les recherches scientifiques mentionnées ci-dessus. Les consultations et bilans avec ces professionnels paramédicaux sont ainsi pris en charge financièrement par un forfait d'intervention précoce (Compagnon et Cluzel, 2021 : 32).

Notons que les PCO sont le fruit d'une continuité : dès 2001, suite aux préconisations du rapport Ringard (2000), des centres spécialisés pour les troubles spécifiques des apprentissages étaient créés. Ces centres étaient composés d'équipes pluridisciplinaires avec pour missions la consultation, la coordination de soins, la formation et la recherche (MSS, 2001). Le Plan triennal interministériel 2001-2004 concernant les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage recommandait la création de centres de référence rattachés aux centres hospitaliers, afin de dépister le plus précocement et le plus efficacement possible les troubles chez les enfants (Dellatolas et Vallée, 2005). En 2013, la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant réaffirme et précise la place de ces centres de référence, en recommandant une organisation en trois niveaux de recours aux soins. Le premier niveau comprend les médecins généralistes, scolaires ou de PMI en lien avec les rééducateurs⁹⁴ et les psychologues. Le second niveau est constitué par des équipes expertes pluridisciplinaires, et le troisième par les centres de références pour les troubles du langage et des apprentissages (Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, 2013).

Nous observons avec cette stratégie, et particulièrement *via* les PCO, une réunion de l'ensemble des troubles du neurodéveloppement, soit les troubles spécifiques des apprentissages, le trouble développemental de la coordination, le TDAH et les troubles du spectre autistique. Pour tous ces troubles, des fondements neurologiques seraient la cause de difficultés dans le développement de l'enfant. Les PCO sont ainsi des dispositifs de deuxième intention, connues et investies par les médecins (de PMI, scolaire, généralistes, pédiatres, etc.). Afin de favoriser ce mouvement, plusieurs guides et brochures sont mises à disposition directement sur le site du ministère, dont le « *Guide de repérage des signes inhabituels de développement* » à l'usage des médecins (généralistes, pédiatres, scolaires, etc.). Ce guide contient notamment une grille de repérage quadrillant plusieurs dimensions : instinctuelle (comme des troubles durables du sommeil ou une alimentation trop sélective), sensorielle (comme un évitement du contact tactile ou une utilisation étrange des objets) et émotionnelle (comme une intolérance exagérée au changement de l'environnement ou des colères violentes et répétées). Cette grille se décline en un questionnaire plus précis selon l'âge de l'enfant, et prenant notamment en compte des éléments de développement du langage et de la cognition, qui sont évalués par plusieurs critères (Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-

⁹⁴ Orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthoptistes.

développement, 2020). Ce circuit diagnostique tend ainsi à être de plus en plus investi et fonctionnel : de 150 enfants repérés et adressés à une PCO en février 2020, nous sommes passés à 6 801 enfants un an plus tard (Compagnon et Cluzel, 2021 : 30). Mais il est notable que les médecins ne soient pas les seuls professionnels incités à se tourner vers une PCO en cas de doute. En effet, en mars 2022 est paru un annuaire de ces plateformes à destination des magistrats et des cellules de recueil des informations préoccupantes ou CRIP, saisies en cas de suspicion de maltraitance sur mineur. Voici la phrase introductive de cet annuaire :

« Difficultés à se concentrer, agitation, troubles alimentaires, troubles du sommeil, automutilation... sont certaines des caractéristiques du comportement d'un enfant autiste, TDAH ou avec un trouble dys. Ce sont également des signes pouvant laisser croire à des carences éducatives ou de la maltraitance. » (Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement, 2022 : 2)

Ainsi, les champs éducatif (médecins scolaires, alertés par les équipes des établissements), sanitaire (PMI, médecins généralistes), mais aussi social (CRIP et magistrats) sont unanimement incités à se tourner vers ces plateformes, afin de poser ou d'écarter un diagnostic. Dans ces différents champs où des situations complexes et pluridimensionnelles se nouent, et parfois se cristallisent, les acteurs doivent avant tout penser au diagnostic différentiel : toute cette complexité pourrait bien trouver son origine dans un trouble du neurodéveloppement. Sans nier l'importance d'une dimension de repérage qui puisse amener à des soins des enfants qui en auraient besoin, le « tout neurologique », pour paraphraser Blay et Laval (2019), occupe le devant de toutes les situations de difficultés : scolaire, familiale, sociale, etc. Nous verrons plus loin (partie 7.1.) les dommages créés par cette approche, et notamment ses effets de masquage.

Mentionnons brièvement le troisième engagement de la stratégie nationale TND, qui concerne la scolarisation des enfants. En lien avec l'inclusion scolaire, il s'agit de créer des postes de professeur-ressource, mais aussi du déploiement de dispositifs d'autorégulation, visant à entraîner l'enfant à mieux contrôler son attention, ses comportements et ses émotions afin de pouvoir intégrer sa classe. Cet engagement est *a priori* plus centré sur les enfants autistes, bien que l'inclusion scolaire concerne théoriquement tous les troubles.

Ces recommandations mettent en exergue deux volets essentiels du paradigme actuel : d'une part, seule la science, et plus précisément les neurosciences cognitives, peut permettre de comprendre, et donc remédier aux troubles définis comme

neurodéveloppementaux. Les recherches en ce sens, essentiellement centrées sur le développement cérébral de l'enfant, guident et guideront les futures réformes en matière d'éducation. D'autre part, le circuit menant au diagnostic est de plus en plus strictement défini : il s'agit, là aussi, de ne se fier qu'aux bonnes pratiques professionnelles, elles-mêmes liées aux résultats de la recherche, dont nous avons montré les orientations. Ces praticiens sont labellisés et leurs consultations prises en charge financièrement, ce qui n'est pas le cas de tous les autres, exerçant à l'appui d'autres orientations théoriques.

Nous allons achever ce chapitre en présentant les politiques publiques éducatives les plus récentes en faveur d'un meilleur repérage de tous ces troubles au sein de l'école.

3.3.2. *L'accélération du repérage au sein de l'école*

Depuis la fin des années 2010, le repérage et la prise en charge précoces des troubles sont définis comme prioritaires. Comme nous l'avons exposé dans la partie 2.2., c'est à chaque fois l'école qui est définie comme le lieu privilégié de leur repérage. Car non seulement ces troubles s'y manifestent (difficultés dans les apprentissages, refus scolaire, agitation, etc.), mais l'école est également définie comme un milieu d'évaluation nécessaire au diagnostic, pour certains troubles comme le TDAH. Les politiques se saisissent pleinement de ce qui devient alors une nécessité : la prévention, par un dépistage précoce. La stratégie nationale de santé 2018-2022 priorise le « *repérage et la prise en charge précoce des troubles sensoriels, des troubles du langage et des troubles du comportement et autres troubles du neuro-développement [qui] conditionnent la qualité des apprentissages, nécessaires à la réussite éducative et scolaire des enfants et des adolescents.* ». Pour ce faire, l'objectif de « *100 % d'enfants ayant eu une visite préventive avant six ans* » est défini (MSS, 2017 : 77-78). Une meilleure coordination des acteurs autour de ces enfants est également jugée nécessaire, notamment *via* des filières de prise en charge des troubles (*ibid.*), rejoignant l'idée des PCO susmentionnées.

C'est dans cette même logique qu'a été créé, en 2017, le corps des psychologues de l'Éducation nationale (remplaçant l'ancienne dénomination des conseillers d'orientation psychologues). La spécialité des psychologues intervenant dans les écoles maternelle et élémentaire est nommée « *éducation, développement et apprentissages* ». Ils ont pour mission centrale de prévenir et repérer les situations d'élèves potentiellement porteurs de

troubles. Ils interviennent à la fois auprès des élèves en difficulté, en situation de handicap, à risque de décrochage ou en souffrance psychique. Ils participent également aux dispositifs d'inclusion, d'aide individuelle ou collective et de remédiation (MEN, 2017).

La loi pour une école de la confiance (2019) a, quant à elle, mis en place l'obligation de scolarisation dès 3 ans, tout en modifiant l'article L541-1 du Code de l'éducation :

« Une visite est organisée à l'école pour tous les enfants âgés de trois ans à quatre ans. Cette visite permet notamment un dépistage des troubles de santé, qu'ils soient sensoriels, psycho-affectifs, statur pondéraux ou neuro-développementaux, en particulier du langage oral. » (Article L541-1, 2019)

Dans ce même article figurait déjà, depuis 2002, un dépistage systématisé des troubles du langage à l'âge de six ans (Présidence de la République Française, 2002). La version actuelle de cette partie de l'article est la suivante :

« Au cours de la sixième année, une visite permettant en particulier un dépistage des troubles spécifiques du langage et des apprentissages est organisée dans des conditions fixées par voie réglementaire. Les médecins de l'éducation nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents, afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adapté soient réalisés suite à ces visites. » (Article L541-1, 2019)

Le repérage d'éventuels troubles est donc extrêmement précoce : que pouvons-nous imaginer, concernant les enfants les moins acculturés aux normes et aux savoirs scolaires ? Que l'on en considère les aspects langagiers ou psychomoteurs, bien des enfants ont besoin d'un temps de socialisation aux exigences scolaires pour y répondre de la manière qui est attendue. Le grand nombre de diagnostics existants et fondés sur des critères à la fois normatifs et vagues, et de surcroît très rattachés au monde scolaire, amène une réponse précoce et médicalisée à ces comportements inadéquats et à ces difficultés. Notons également l'articulation encouragée entre les professionnels de l'éducation et les professionnels de santé externes, en vue d'une prise en charge coordonnée de l'enfant concerné.

La circulaire de rentrée 2019 vise l'institution d'« **un service public de l'École inclusive afin de ne laisser aucun élève au bord du chemin** » (ce n'est pas nous qui soulignons). Pour ce faire, cette circulaire prévoit un « *service École inclusive* » au niveau départemental, avec pour missions « *l'organisation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la politique de scolarisation des élèves à besoins éducatifs particuliers* » (MEN, 2019b). Autrement dit, ces mesures ne concernent pas seulement les élèves en situation de handicap, mais bien

l'ensemble de cette métacatégorie aux frontières élastiques que sont les élèves à besoins éducatifs particuliers, dont font partie les élèves porteurs de diagnostics scolaires⁹⁵. Viennent compléter ce nouveau service la création de pôles inclusifs d'accompagnement localisés (vus dans la partie 3.2.3.), ainsi que d'une cellule départementale d'écoute et de réponse aux parents et responsables légaux. Cette dernière permettrait aux parents de mieux connaître les dispositifs existants ; puis, avec le personnel éducatif, d'organiser les adaptations pédagogiques nécessaires et de les consigner dans un « *livret parcours inclusif* », contenant tous les documents concernant l'élève. Dans une visée de simplification des démarches, une procédure simplifiée de demande d'aménagement aux examens (épreuves orales, écrites, pratiques ou de contrôle continu) est également prévue par ce texte. Cette même circulaire met en place la plateforme Cap École inclusive, spécifiquement à destination des enseignants, pour leur permettre de mieux différencier leurs contenus et formats pédagogiques pour les élèves à besoins éducatifs particuliers. Disponible sur le site Canopé (rattaché au ministère de l'Éducation⁹⁶), cette plateforme interactive permet à l'enseignant d'objectiver les difficultés d'un élève en remplissant une grille de repérage, aboutissant à une identification des besoins particuliers de l'élève. Plusieurs suggestions d'adaptations et d'outils pédagogiques labellisés sont générées à partir des besoins ainsi ciblés. Cap école inclusive permet également de contacter des professeurs ressources selon les difficultés de l'élève, pour accompagner l'enseignant à la mise en œuvre des aménagements. (MEN, 2019d).

Enfin, cette circulaire crée l'outil *Qualinclus*, concernant cette fois-ci le personnel scolaire⁹⁷, dans une démarche d'autoévaluation et d'amélioration continue de la qualité éducative (MEN, 2019b). Cet outil se présente sous la forme d'un guide d'une quinzaine de pages avec plusieurs fiches thématiques, par exemple « *s'adapter aux besoins éducatifs particuliers des élèves* » (où sont mentionnés les quatre plans d'accompagnement possibles : PPRE, PAI, PAP, PPS). La fiche thématique « *travailler en partenariat* » mentionne, elle : « *au-delà du secteur médicosocial et sanitaire, le partenariat doit inclure également les collectivités territoriales, le milieu associatif et tout acteur qui contribue à favoriser l'éducation inclusive des élèves à besoins éducatifs particuliers.* » (MEN, 2021b : 11). Chaque fiche exige, à partir

⁹⁵ Qui ne sont, rappelons-le, pas toujours en situation de handicap.

⁹⁶ <https://www.reseau-canope.fr/cap-ecole-inclusive.html>

⁹⁷ Notamment les directeurs d'école, chefs d'établissement et inspecteurs qui sont garants de toutes les mesures mises en œuvre.

d'un diagnostic partagé par l'ensemble des acteurs impliqués auprès de l'élève, de formaliser des objectifs et mettre en œuvre les actions en regard, puis de les évaluer.

Résumons le contenu et la portée de cette circulaire. Nous observons un renforcement de l'organisation des parcours scolaires différenciés, sur la base de troubles identifiés — qu'ils engendrent ou non une situation de handicap pour l'enfant concerné. Les enseignants sont munis d'outils pour mieux adapter leurs contenus pédagogiques aux élèves. La traçabilité de ces aménagements — qui peuvent donc se poursuivre jusqu'aux examens — est également à souligner. En effet, l'inscription formelle des adaptations, la contractualisation sous forme de PAP ou PPRE engendre des métamorphoses majeures de l'exercice enseignant. Il ne s'agit plus seulement de différencier de façon informelle en fonction du collectif (c'est-à-dire de l'hétérogénéité d'un groupe classe), mais bien de différencier de manière individuelle et traçable. Cette traçabilité se retrouve au niveau du personnel éducatif, *via* une autoévaluation qui contient elle-même l'injonction à travailler en partenariat avec les autres secteurs accompagnant l'enfant.

3.4. Synthèse et discussion

Nous pouvons retenir de l'ensemble de ces politiques éducatives quelques grandes tendances.

Tout d'abord, deux des catégories de diagnostics scolaires figurent dans le Code de l'éducation depuis 2005 (art. L321-4) : les troubles spécifiques du langage oral et/ou écrit ainsi que le haut potentiel intellectuel. Si l'Inserm (2007a) préconisait un repérage des seuls facteurs de risque de ces troubles avant six ans⁹⁸, le Code de l'éducation prévoit bien le repérage des troubles spécifiques du langage et des apprentissages au cours de la sixième année (MEN, 2019a). De surcroît, la stratégie nationale TND abaisse l'âge possible de ce repérage, insistant sur la nécessaire précocité du diagnostic pour une meilleure prise en charge (Compagnon et Cluzel, 2021). Cette recommandation se retrouve dans la partie de l'article L541-1 du Code de l'éducation modifié en 2019 : il s'agit de dépister des troubles neurodéveloppementaux ou psychoaffectifs chez les enfants entre trois et quatre ans. Nous saisissons pleinement toute l'imprégnation des champs scolaire et sanitaire par le discours

⁹⁸ Précisant que les troubles même ne pouvait être dépistés à cet âge-là, soit avant l'apprentissage effectif de la lecture.

des neurosciences cognitives. L'instance du CSEN reflète ce nouveau paradigme, qui oriente depuis une vingtaine d'années les politiques éducatives.

Les multiples échelles de repérage des troubles (à l'usage des médecins, mais aussi des enseignants et des parents) témoignent d'une technicisation, voire d'une mécanisation de l'approche de l'élève en difficulté. Lorsque les difficultés sont abordées par le biais de grilles aux items figés, que reste-t-il du sujet muni de son cerveau, mais aussi de sa psyché, son inconscient, son histoire, son *habitus*, sa manière d'être au monde et d'y nouer des relations, son rapport aux savoirs scolaires plus ou moins déjà construit, etc. ? Insistons une fois de plus sur les items de ces échelles, extrêmement larges et floues, pouvant donner lieu à diverses interprétations contrastées entre elles, selon les acteurs et leurs Arrière-plans (Searle, 1998). Cette technicisation n'épargne pas le volet des remédiations, avec les plans et programmes individualisés, mais aussi prêts à l'emploi. Nous pouvons revenir sur l'exemple du PAP et de ses propositions d'adaptations pédagogiques non seulement préformulées, mais suggérées par les professionnels médicaux et paramédicaux ayant pris part au diagnostic. Nous avons également évoqué la plateforme Cap école inclusive, que l'enseignant peut consulter pour savoir quels aménagements correspondent le mieux aux difficultés identifiées. Que reste-t-il ici du crédit accordé aux savoir-faire enseignants face à l'hétérogénéité — plus ou moins importante, mais forcément présente — d'une classe, ainsi que de la possibilité d'une liberté pédagogique ?

Ainsi, en cohérence avec cette approche centrée sur l'individu, nous remarquons une inflation conséquente des dispositifs d'aide particularisée, au détriment d'un abord collectif de la difficulté scolaire (avec notamment le redoublement rendu exceptionnel, et sous condition de la mise en place d'un PPRE). La création des AESH et des pôles ressources, la redéfinition des missions des psychologues de l'Éducation nationale⁹⁹ : toutes ces transformations sont autant de marqueurs de la manière dont les élèves en difficulté scolaire sont envisagés aujourd'hui. Précisons : les élèves en difficulté sont suspectés de porter des « troubles », qu'ils soient d'origine neurocognitive ou psychologique, et qui, une fois diagnostiqués, les empêcheront de suivre une scolarité ordinaire. En effet, nous avons vu que la différenciation pédagogique doit être, autant que possible, formalisée et contractualisée. Nous verrons les effets d'étiquetage que cela peut entraîner, mais nous

⁹⁹ Notamment leurs missions de repérage précoce, et l'encouragement à des orientations vers des professionnels de santé externes à l'école.

pouvons d'ores et déjà souligner le fait que ces PAP, PAI ou PPS amènent la possibilité d'aménagements jusqu'aux examens terminaux. Cette différenciation se rapproche alors nettement d'une distinction des élèves « bénéficiant » de ces dispositifs : il est par exemple plus difficile d'intégrer une filière prestigieuse de l'enseignement supérieur après avoir connu un cursus scolaire jalonné d'aménagements jusqu'au baccalauréat. Nous retombons ici sur le paradoxe d'une école inclusive qui, munie de ses multiples dispositifs soumis à condition (souvent médicale), doit d'abord exclure (diagnostiquer) avant d'inclure les élèves concernés.

Les politiques publiques se sont donc multipliées, ces vingt dernières années, autour des diagnostics scolaires et plus largement des élèves à besoins éducatifs particuliers. Les budgets alloués à ces réformes sont conséquents. Ce faisant, elles ne cessent de soutenir la croyance tenace que la recherche en neurosciences cognitives serait la plus apte à réduire les difficultés scolaires au moyen de protocoles de repérage, de diagnostic et de prise en charge. Comme le rappellent Blay et Laval, « *cette application des neurosciences et, plus généralement, des sciences cognitives à la pédagogie n'est pas séparable d'un mouvement d'ensemble, tout à la fois académique, politique et médiatique.* » (2019 : 11). Autrement dit, c'est la diffusion massive du discours de la recherche en neurosciences, irriguant différents champs, qui appuie sa crédibilité au sein de la sphère scolaire.

Ces politiques visent pourtant des troubles aux définitions si élastiques qu'ils ne sont pas quantifiables, comme nous l'avons montré à l'appui des écarts conséquents de leurs prévalences. Ces diagnostics scolaires, nous allons le voir, recouvrent des formes extrêmement hétérogènes, sur le terrain, complexifiant encore l'exercice d'une définition stabilisée possible.

Nous pouvons ajouter à tout cela qu'une réelle prudence serait nécessaire à l'égard des résultats diffusés par les recherches en neurosciences dans le domaine de l'éducation. Plusieurs chercheurs ont établi, sur l'exemple du TDAH, que les discours circulant à ce sujet subissent effectivement d'importantes distorsions. Ces déformations peuvent survenir au sein des articles eux-mêmes, avec, le plus fréquemment, des conclusions fortes affirmées dans le résumé, mais omettant les données qui relativisent sa portée (Gonon, 2014). Ces distorsions sont également et surtout présentes au sein des médias qui relaient ces résultats scientifiques, notamment *via* Internet qui constitue de nos jours la source principale

d'information (Ponnou *et al.*, 2020). Les auteurs ont analysé, en 2017, le contenu des 50 premières pages web françaises¹⁰⁰ consacrées au TDAH. Ce panel diversifié comprenait des relais web de médias généralistes, des sites d'information médicale, des magazines consacrés à l'enfance, à la parentalité ou à l'éducation, des associations de parents et d'amis de personnes souffrant de TDAH, des sites commerciaux (publicité pour des thérapies destinées aux personnes souffrant de TDAH), des articles universitaires et des présentations de livres sur le TDAH. Les auteurs ont ainsi mis en évidence des distorsions systématiques par ces sites web avec le consensus scientifique international (traduit à partir de l'anglais) : « *plus de 94 % des informations sur le TDAH délivrées sur Internet en France peuvent être considérées comme partiellement ou totalement contraires au consensus scientifique.* » (*ibid.* : 11). Ce chiffre s'ajoute à ceux précédemment établis concernant la télévision (87,23 %) et la presse grand public (83,53 %) (*id.*). Ces quelques exemples concernant le TDAH nous incitent à la prudence quant aux informations disponibles et relayées pour les trois autres catégories de diagnostics scolaires que nous étudions ici.

Le recentrage sur l'élève et ses éventuels troubles vient masquer, du même mouvement, la grande variété des facteurs permettant que les apprentissages se produisent ou non, ainsi que la dimension contingente. Nous pouvons mentionner, par exemple, les conditions socio-économiques des élèves, leur familiarité ou leur distance d'avec la culture scolaire, la plus ou moins grande mixité sociale au sein d'un établissement, la situation didactique et la possibilité de la mettre en place avec des moyens adéquats, le nouage toujours singulier d'une relation pédagogique, la formation et l'accompagnement des jeunes enseignants, etc. Le fait d'envisager les difficultés de l'enfant « au pied de la lettre », comme résultant d'un trouble, fait également perdre de vue la dimension culturelle, au sens anthropologique, inhérente à tout handicap (ou tout empêchement). La variabilité des définitions et des prévalences des diagnostics, l'absence de consensus et les métamorphoses historiques de leurs dénominations (depuis les « anormaux d'école » de Binet) en sont autant d'indices. Selon McDermott et Varenne (1995), c'est avant tout la culture (et ses normes) qui donne forme à ses propres marges. Nous pouvons donc émettre l'idée que la culture crée autant

¹⁰⁰ Référencées par le moteur de recherche le plus utilisé.

d'incapacités en regard des capacités qu'elle reconnaît et valorise, puis convertit ces incapacités, socialement construites, en troubles d'apprentissage (McDermott *et al.*, 2006). Soulignons un dernier paradoxe : les textes officiels internationaux comme nationaux mettent en avant l'enfant comme un sujet à part entière, avec toutes ses particularités, qu'il faudrait pleinement inclure au sein de l'école. Toutefois, le mouvement d'inclusion amène à traiter les situations de ces enfants de manière standardisée, par des tests préétablis et aux normes strictes, afin d'identifier leurs potentiels troubles. Nous approfondirons ce paradoxe dans la partie 7.2.2.

CHAPITRE 4. MÉTHODOLOGIE : OBSERVATION ETHNOGRAPHIQUE ET PAROLE DES ACTEURS

Nous allons, dans ce court chapitre, présenter notre hypothèse de recherche ainsi que le terrain choisi et la méthodologie employée pour l'explorer.

Dans un premier sous-chapitre, nous formulerons la problématique et l'hypothèse auxquelles nous avons abouti à l'issue de notre étude inaugurale sur le décrochage, mais aussi de notre examen des différents textes officiels ; et qui ont guidé notre travail de recherche.

Dans un second sous-chapitre, nous présenterons le terrain et la méthodologie employée pour notre enquête par entretien.

Dans un troisième et dernier sous-chapitre, nous exposerons le terrain et la méthodologie de notre observation ethnographique.

4.1. Problématisation et hypothèse de recherche

Le décrochage scolaire, nous l'avons établi, recouvre un véritable éclatement dans ses formes, sur le terrain. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour une partie des causes qui lui sont imputées, et notamment ces diagnostics scolaires, qui reviennent incessamment dans les discours scientifiques, médiatiques, politiques et de terrain ? Nous avons d'ores et déjà objectivé combien ces diagnostics sont plastiques et élastiques dans leurs définitions, donnant lieu à des controverses scientifiques et de larges écarts de prévalence.

Énonçons l'hypothèse que nous avons formulée et mise à l'épreuve du terrain : tous ces diagnostics scolaires seraient structurellement analogues au décrochage. Autrement dit, aucune de ces catégories diagnostiques n'aurait suffisamment d'homogénéité — de définitions, de formes, etc. — pour véritablement exister en tant que telle. En dessous des dénominations « dyslexie », « hyperactivité » ou « refus scolaire anxieux » fourmilleraient une multitude de formes de vie¹⁰¹, extrêmement contrastées entre elles. Un des enjeux et intérêts de cette hypothèse est de montrer que ces « phénomènes » obéissent à d'autres logiques que celle strictement médicale, et que nous allons mettre à jour.

¹⁰¹ Soit les usages des différents acteurs, qui se reflètent dans les jeux de langage qu'ils emploient (Wittgenstein, 2004).

Le terrain que nous avons choisi et la méthodologie que nous avons employée visent à éclairer cette hypothèse, par l'objectivation de la diffusion et de l'usage des diagnostics scolaires, sur le terrain. Les acteurs des différents champs travaillent-ils avec la notion de l'existence de ces diagnostics ? Nous voulions également observer leur appropriation de ces diagnostics aux critères larges, et leur potentielle hétérogénéité dans les formes qu'ils recouvrent. Nous souhaitons explorer cette hétérogénéité également dans ces régularités, soit l'existence de liens (ou non) entre les conceptions des acteurs et leur positionnement dans le champ. À travers les ressemblances et dissemblances entre les formes de vie de ces différents diagnostics, sur le terrain, nous avons pour objectif final de répondre à l'hypothèse d'une analogie structurelle entre ces différents diagnostics, ou, pour le formuler autrement, leur absence de spécificité.

Pour ce faire, nous avons constitué un corpus de données qui comporte deux parties distinctes : une enquête qualitative par entretien auprès de 46 acteurs issus des champs scolaire, éducatif et sanitaire, ainsi qu'un carnet d'observation ethnographique contenant 300 énoncés.

Les conditions dans lesquelles nous avons mené notre recherche permettent également d'éclairer ces choix. Rappelons que durant nos trois premières années de doctorat (2018-2021), nous exerçons en tant qu'infirmière dans une structure médico-sociale à rayonnement départemental. Les missions principales de cette structure sont l'information, le conseil et l'accompagnement des adolescents, de leurs familles et des acteurs au contact des jeunes. Notre rôle au sein de cette structure recouvrait tout à la fois une pratique clinique d'entretien avec le public accueilli (ainsi que le travail d'analyse en équipe et les liens partenariaux en découlant), l'organisation et l'animation de conférences, l'élaboration et la dispense de formations auprès d'autres professionnels (notamment issu du champ scolaire). Nous étions ainsi particulièrement exposée aux informations circulant au sujet des diagnostics scolaires. Dès la première année de doctorat, nous avons commencé à recueillir, dans notre carnet d'observation ethnographique, les références dont nous entendions parler, notamment au sein de notre structure d'exercice professionnel. La structure dans laquelle nous exerçons n'a toutefois pas constitué notre terrain de recherche à proprement parler. Nous allons à présent décrire ces deux terrains de recherche et nos méthodologies.

4.2. Enquête par entretien

Notre enquête s'est déroulée sur la période 2018-2019 auprès de 46 enquêtés, lors de 44 entretiens¹⁰². Nous nous sommes entretenue avec des médecins et psychologues scolaires, enseignantes, inspecteurs de l'Éducation nationale, accompagnantes d'élèves en situation de handicap (AESH) ainsi qu'une partie du personnel médico-social d'un hôpital de jour¹⁰³ : psychiatre, psychomotricienne, enseignantes spécialisées, infirmiers et éducateurs. Le recrutement s'est fait par une annonce écrite envoyée par mail¹⁰⁴ et affichée dans des lieux stratégiques tels que des salles des professeurs.

Les entretiens avaient pour objectif principal d'apprécier le niveau de connaissance des diagnostics scolaires par chaque acteur, d'en recueillir les définitions et les usages qu'ils en faisaient, notamment dans la relation éducative. Nous débutions systématiquement l'entretien par une présentation succincte de qui nous étions¹⁰⁵ et de nos objets de recherche, puis une immédiate ouverture sur leur pratique professionnelle : repéraient-ils des difficultés chez les enfants et adolescents ? Si oui lesquelles, comment les caractérisaient-ils, quelles remédiations mettaient-ils en place, le cas échéant ? Dans un second temps, nous posions la question du rôle de l'école (en tant qu'institution) par rapport à ces troubles (ce qui amenait souvent l'enquêté à évoquer les aménagements, la différenciation et l'individualisation pédagogique, le repérage précoce, etc.). Le but était d'explorer quelle place chaque acteur donnait à l'institution dans le traitement (au sens large) des diagnostics scolaires. Il s'agissait également d'examiner l'existence d'un ajustement (ou non) entre des conceptions plutôt endogènes (somatique, neurologique) des difficultés rencontrées par les élèves, et une fonction de l'école alliée avec le champ sanitaire (remédiations médicales ou paramédicales, formation des enseignants aux neurosciences). Nous avons systématiquement poussé les entretiens jusqu'aux détails les plus fins des pratiques de ces acteurs, par les exemples et les cas concrets qu'ils relataient. Car, comme le souligne Thievenaz :

¹⁰² Deux entretiens ont été effectués avec deux enquêtés simultanément. Le premier avec Mme Pa. et Mme Na., toutes deux AESH dans la même école, pour des raisons pratiques (elles n'avaient toutes les deux qu'une heure de pause commune). Mme U. et Mme Sa., respectivement psychologue de l'éducation nationale et sa stagiaire finalisant son master 2 de psychologie.

¹⁰³ Accueillant des adolescents en grande difficulté, à la fois scolaire et psychique.

¹⁰⁴ Adressé aux services départementaux de l'Éducation nationale, à l'hôpital de jour, à différents principaux de collège et directeurs d'école, etc.

¹⁰⁵ Nous nous présentions comme chercheure, mais aussi comme infirmière au sein de la structure dans laquelle nous exerçons.

« Les conduites humaines sont faites de menus détails, de processus à première vue peu remarquables, qui sont pourtant structurants et décisifs dans l'activité des sujets. » (Thievenaz, 2022 : 60)

Cette manière de procéder nous a permis de repérer les jeux de langage des acteurs comme révélateurs de formes de vie de ces professionnels (Wittgenstein, 2004), et comme révélant certains aspects d'un changement de paradigme éducatif — nous y reviendrons en conclusion.

Nous pouvons supposer que les personnes ayant répondu à notre annonce étaient *a minima* concernées par le sujet, mis à part six de nos enquêtés¹⁰⁶ qui ne se sentaient pas « aptes » à répondre à l'enquête, mentionnant qu'il et elles ne rencontraient pas d'élèves « diagnostiqués ». Nous avons cependant manifesté notre intérêt pour leurs expériences des difficultés scolaires : c'est ainsi que ces enquêtés ont finalement consenti à nous accorder un entretien.

Décrivons succinctement la méthodologie d'analyse que nous avons employée. Nous avons procédé à une analyse qualitative de nos entretiens, au plus près des propos tenus par les acteurs. Pour ce faire, nous avons transcrit intégralement nos entretiens. Nous avons ensuite procédé à un découpage de chaque entretien selon plusieurs catégories sémantiques, dans un tableur dont chaque colonne correspondait à une catégorie, et chaque ligne à un enquêté. Ces catégories étaient :

- Les quatre diagnostics scolaires étudiés (HPI, RSA, TSLA, TDAH) ;
- Le repérage et le diagnostic (c'est-à-dire la manière de l'envisager, de repérer en classe, d'orienter ou non vers d'autres professionnels) ;
- Les remédiations mises en place ;
- Le rôle de l'école en tant qu'institution par rapport à ces diagnostics ;
- Et enfin une colonne « autre », permettant de caractériser ce qui ressortait de singulier dans les discours des enquêtés (abondant à l'hétérogénéité de leurs représentations).

Nous avons ensuite formé plusieurs variables pour l'analyse, que nous détaillerons au fil de l'exposé de nos résultats.

¹⁰⁶ Mme Fa., enseignant l'italien en collèges (favorisés et REP+) ; Mme Ga., professeure des écoles débutante en REP ; et quatre acteurs exerçant dans la même école de secteur rural REP : M. O., directeur ; Mme Y., professeure des écoles ; Mme Pa. et Mme Na., AESH.

Notre échantillon se compose de 38 femmes et huit hommes¹⁰⁷. Le tableau ci-dessous expose la répartition de leurs statuts.

Tableau 8 — Répartition du statut des enquêtés par entretien

Enseignantes	20
Psy EN	6
Méd. EN	4
Direction	5
AESH	4
Hôpital de jour	7
Total	46

Sur nos 46 enquêtés, 6 sont des psychologues de l'Éducation nationale

Vingt-cinq de ces acteurs exercent en secteur plutôt défavorisé voire REP et REP+, tandis que 12 exercent en milieu plutôt favorisé. Ont été classés dans cette dernière catégorie trois acteurs¹⁰⁸ exerçant dans plusieurs établissements, comprenant des écoles et/ou collèges favorisés, voire très favorisés ; ceci afin de faire apparaître plus nettement des tendances en fonction du milieu d'exercice. Les neuf acteurs restants exercent à l'hôpital de jour¹⁰⁹, qui accueille une population dont les conditions socioéconomiques sont mixtes. Cet hôpital de jour accueille des adolescents pouvant présenter des diagnostics scolaires, mais souvent, également, d'autres types de pathologies psychiatriques.

Seize des 46 enquêtés exercent en secteur rural (rassemblant différentes zones comprenant des communes de moins de 5000 à moins de 10 000 habitants), qui sont aussi des secteurs défavorisés voire REP. Notons que plusieurs enquêtés travaillent dans le même établissement. Sept enquêtés exercent dans une école de secteur rural et REP (Mme C., M. O., Mme Ja., Mme La., Mme Na., Mme Pa. et Mme Y.), quatre dans le collège du même secteur (Mme B., Mme G., Mme M. et Mme T.), et quatre exercent dans une école périurbaine favorisée (M. I., Mme L., M. R. et Mme Ta.).

¹⁰⁷ Deux directeurs d'école, deux éducateurs et un infirmier exerçant en hôpital de jour, un inspecteur et un psychologue de l'Éducation nationale, un responsable d'animation périscolaire.

¹⁰⁸ Mme Fa. qui enseigne l'italien, M. E. psychologue scolaire et M. J. inspecteur.

¹⁰⁹ Les deux enseignantes spécialisées sont ici réunies avec la catégorie des enseignants, ce qui porte à 7 le total des acteurs de l'hôpital de jour.

4.3. Carnet d'observation ethnographique

Dans notre carnet d'observation ethnographique, nous avons collectionné 300 énoncés issus de sources distinctes, et mentionnant soit une définition, une caractérisation d'un ou plusieurs diagnostics scolaires, soit un dispositif en lien avec ces derniers. Nous avons recueilli ces données au fil des conversations, réunions, conférences, etc. consacrées à ces objets. La condition d'inclusion dans notre carnet était la suivante : l'énoncé mentionne un ou plusieurs diagnostics scolaires, pour en donner une définition ou décrire un dispositif en lien avec. Ont été exclus tous les documents faisant une simple allusion aux diagnostics sans donner plus de détail¹¹⁰. Pour donner quelques précisions sur son contenu, ce carnet regroupe à la fois des définitions strictes de diagnostics scolaires (par exemple, celles recueillies dans les nosographies), des descriptions cliniques et/ou étiologiques, mentionnant ou non des comorbidités. Il contient également des caractérisations de dispositifs (pouvant être critiques) directement en lien avec les « diagnostics scolaires », qu'ils soient du côté du repérage, d'une remédiation (de nature pédagogique ou hybride, type RASED), ou d'une prise en charge (rééducative, psychothérapeutique, etc.).

Un énoncé peut être un extrait de texte officiel (loi, arrêté, décret, circulaire) ou de rapport d'étude, d'article scientifique, de vulgarisation ou journalistique, d'ouvrage individuel ou collectif, de site web, d'intervention lors d'un colloque, de notes prises lors d'une observation ethnographique, etc. Citons quelques exemples des sources que nous avons employées : sites web ministériels ou rattachés (Eduscol, réseau Canopé), Code de l'éducation, moteurs de recherche documentaires (par exemple Cairn ou Babord¹¹¹) ou plus généraux (Qwant, Startpage), ainsi que les ouvrages et revues concernant les troubles liés à la question scolaire, journaux et revues de presse (web ou papier ; nationale ou locale), sites d'associations créées autour des « diagnostics scolaires », observations ethnographiques que nous avons menées lors de colloques ou de journées dédiées, observations participantes lors de réunion de terrain *via* notre propre travail. Nous retrouvons un extrait de ce carnet d'observation ethnographique en annexe 5. 2.

¹¹⁰ Par exemple, lorsqu'ils étaient mentionnés en note de bas de page dans un article.

¹¹¹ Les mots-clefs employés pour les recherches en ligne étaient les suivants : TDAH, troubles de l'attention, hyperactivité, troubles dys, dyslexie, dyspraxie, phobie scolaire, refus scolaire anxieux, surdoué, précocité intellectuelle, haut potentiel intellectuel, troubles (spécifiques) des apprentissages.

Nous avons tenté de saisir la part la plus résurgente des références circulant dans les discours politique, sanitaire, éducatif et médico-social. Ceci à travers un recueil des principales sources (théoriques, de dispositifs, etc.) mentionnées par les acteurs que nous rencontrés dans notre pratique professionnelle. C'est dans cette logique que nous avons emprunté une méthodologie de type ethnographique, depuis la position que nous occupions dans le champ médico-social, par notre exercice infirmier auprès d'adolescents et de familles en difficulté. Notre travail de recherche impliquait d'abord d'arriver à saisir et circonscrire les discours circulant au sujet des diagnostics scolaires : c'est de ce point de vue (Bourdieu, 1997), et à travers une observation participante qui s'est étendue sur la période 2018-2021, que nous avons effectué ce travail :

« L'observation participante est au cœur de la méthode ethnographique. Ceci implique une longue période de séjour " résidence " ou de fréquentation avec la population étudiée [...] Bien que l'observation participante soit la principale technique de recueil des données ethnographiques, la méthodologie est souple. Les ethnographes de l'éducation doivent se servir d'autres techniques lorsque celles-ci sont appropriées à l'objet. Elles comprennent les histoires de vies, les interviews, les questionnaires, la documentation, les enregistrements audio ou vidéo, l'analyse d'événements, etc. » (Ogbu, 1985 : 281)

Nous avons donc recueilli nos données au fil de nos rencontres avec des adolescents, leurs familles, et les différents professionnels les entourant. Sans recueillir directement les données issues de notre pratique d'entretien, nous recherchions *a posteriori* les références que les acteurs employaient. Cette méthodologie ethnographique a ouvert une visibilité assez exhaustive sur les discours et références circulant dans les institutions des champs sanitaire, médico-social, politique et éducatif. Ce faisant, nous avons pu rassembler les représentations et les croyances les plus vivaces imprégnant les *praxis* des acteurs de ces champs.

L'ensemble de nos sources, mis à part deux d'entre elles¹¹², sont françaises. Sur les 300 énoncés, 273 sont temporellement situés entre 2000 et 2021.

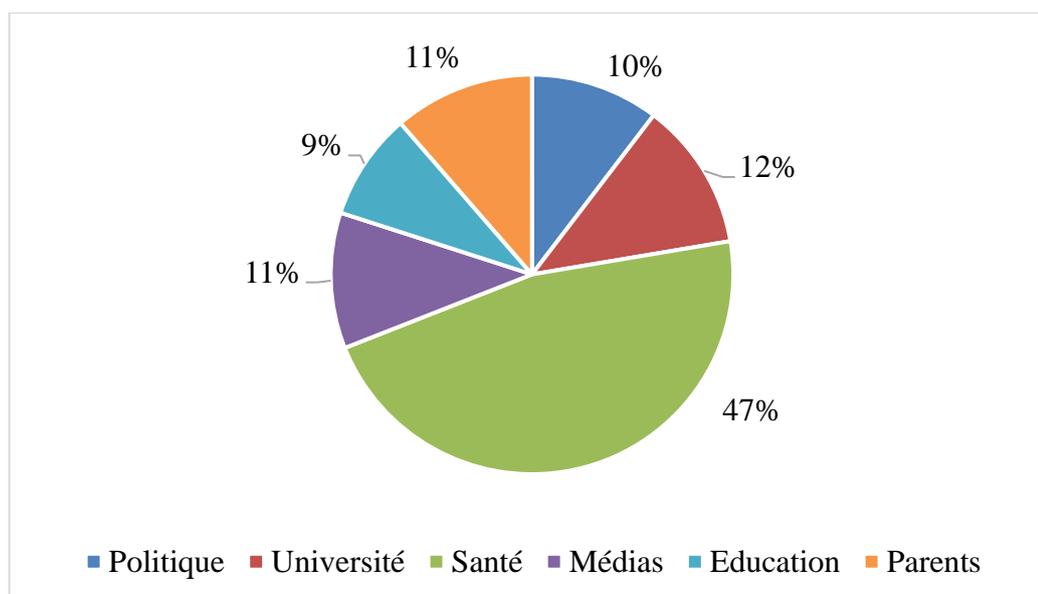
Nous avons construit une variable permettant de qualifier le statut de l'auteur (institutions ou personnes) de chaque énoncé et qui comporte six modalités :

¹¹² Deux ouvrages américains très cités, traitant de la phobie scolaire.

1. Politiques et autorités publiques (ministères, Haute Autorité de Santé, etc.) ;
2. Universitaires (sauf les auteurs issus de disciplines ayant une dimension clinique, comme la psychologie : ces derniers sont inclus dans la catégorie suivante) ;
3. Professionnels de santé (sont incluses ici les institutions de santé telles que les centres de bilans) ;
4. Médias (journalistes, articles de presse sans auteur précisé) ;
5. Professionnels de l'éducation (enseignants, AESH, CPE, établissements spécialisés) ;
6. Personnes concernées par les troubles (parents ou association de parents d'enfants porteurs de diagnostics scolaires).

Nous voyons dans la figure ci-dessous la répartition de ces statuts :

Figure 4 — Répartition du statut des auteurs (carnet d'observation)



47 % des énoncés, soit 140, sont émis par des professionnels de santé

Le fait que les professionnels de santé soient majoritaires s'explique pour deux raisons : d'une part, ils sont effectivement assez nombreux à être mobilisés lorsqu'il s'agit des diagnostics scolaires, puisque ces derniers sont perçus du côté sanitaire. D'autre part, les psychologues, neuropsychologues et psychiatres ayant à la fois un ancrage universitaire et

clinique ont été classés dans la catégorie des professionnels de santé. Nous justifions ce choix par l'omniprésence des références à une pratique clinique dans leurs écrits et interventions.

Nous avons déjà pu rendre compte de la variabilité des interprétations de ce que recouvre le terme « décrochage scolaire » à travers ses causes. Nous avons donc procédé de la même manière avec notre carnet d'observation ethnographique, en créant une variable d'attribution causale (« ENDEX »), afin de saisir toute la dispersion des définitions contenues dans chaque énoncé. Car selon les causes qu'on suppose à une difficulté ou un trouble, le repérage et le traitement n'en seront pas les mêmes, autrement dit l'attribution causale en conditionne en partie les usages.

Nous avons nommé cette variable « ENDEX », par contraction des termes « endogène » et « exogène », en référence aux travaux dirigés par Zazzo sur les déficits mentales (Rutschmann et Chiva, 1971). Nous actualisons ici cette distinction en rattachant l'interprétation endogène des troubles à une cause somatique, et l'interprétation exogène à des explications plutôt environnementales, extérieures à l'enfant. Nous avons nuancé cette opposition duelle en cinq modalités, formées par une méthode inductive, à partir de nos données. Les cinq modalités de cette variable sont les suivantes :

- Aucune (ENDEX 0) : aucune cause évoquée
- Relationnelle (ENDEX 1) : causes endogènes, mais ancrées dans la relation à l'autre. Exemple : anxiété, ou angoisse de séparation, difficulté avec les camarades ou les enseignants, etc.)
- Somatique (ENDEX 2) : causes endogènes somatiques, propres à l'enfant et seulement à lui. Dans la grande majorité des cas, il s'agit de causes neurologiques ou neurocognitives¹¹³. Exemple : référence aux échelles psychométriques et bilans paramédicaux, à l'évaluation médicale d'une défaillance neurocognitive, etc.
- Exogène (ENDEX 3) : causes exogènes, du fait du milieu dans lequel évolue l'enfant. Exemples : références au contexte social, à l'histoire familiale, aux moyens financiers, défaut de l'environnement scolaire (harcèlement, humiliations, etc.), à la société qui pousse à la réussite scolaire, aux perturbateurs endocriniens, etc.

¹¹³ Par exemple, l'emploi des expressions « troubles du neurodéveloppement » ou « trouble spécifique des apprentissages » situe l'énoncé du côté d'une attribution causale endogène somatique.

- Cumulative (ENDEX 4) : multiplicité des causes évoquées, endogènes et exogènes. Exemples : référence aux difficultés d'apprentissage et à des problèmes sociaux, à des motifs personnels, géographiques et économiques, etc.

Les variables visent la caractérisation des représentations des diagnostics scolaires. Cependant, de la même manière que pour le décrochage, il s'est avéré complexe, voire impossible, de coder de manière stricte certaines variables, notamment la variable d'attribution causale (« ENDEX ») que nous venons de détailler. Cette difficulté nous a amenée à reprendre plusieurs fois notre manière de coder nos variables, malgré cela nous devons préciser qu'il reste une dimension forcément interprétative, notamment concernant les causes attribuées par les acteurs. Car l'attribution d'une cause aux diagnostics scolaires n'est pas si tranchée que ce que l'on pouvait penser *a priori*. Nous avons pointé ces difficultés tout le long de notre travail de codage, et tenté de les contourner au mieux, au risque de l'interprétation des énoncés. Donnons ici deux exemples des interprétations qui peuvent exister dans notre matrice :

Si l'énoncé employait l'expression « troubles spécifiques du langage/des apprentissages » ou « TDAH », nous codions sous la modalité endogène somatique, puisque ces nominations correspondent aux troubles neurodéveloppementaux décrits par le DSM-5. Cependant, certains énoncés développaient beaucoup plus que d'autres cette dimension, par exemple le site de l'association Dys-positif présentant la méthode Activebase (un siège articulé permettant une mobilité tout en restant assis) :

« Arrête de bouger et concentre-toi : deux injonctions contradictoires pour certains enfants qui ont besoin de bouger pour se concentrer [...] taper du pied, balancer les jambes ou se tortiller sur sa chaise sont des mouvements dont l'enfant ayant un TDAH a vitalemment besoin pour retenir l'information et réaliser des tâches cognitivement complexes. Si on leur demande de supprimer leurs mouvements spontanés, ceci va occuper une très grande partie de leur capacité attentionnelle... il en restera donc peu pour les apprentissages. » (Dys-positif, 2018)

Il y a ici la mention du TDAH, doublé d'une caractérisation de ces enfants qui ne laisse place à aucun doute. Il n'en est pas de même pour des textes beaucoup plus modérés, voire non descriptifs. Nous pouvons songer à l'article L321-4 du Code de l'éducation, précédemment cité, qui mentionne la dyslexie et le haut potentiel, sans en dire plus. Également, un rapport statistique de la DEPP, qui décrit froidement la situation des enfants présentant des troubles du langage :

« Un tiers des enfants présentant des troubles du langage et de la parole étaient parvenus à l'heure en CM2, 29 % entrent en cinquième ou cinquième Segpa à la rentrée 2017. Ces élèves ayant souvent redoublé avant que ce trouble ne soit pris en compte, ils sont parmi les plus nombreux (43 %) à entrer en sixième ou sixième Segpa pour 30 % de l'ensemble des élèves en situation de handicap à 12 ans. » (DEPP, 2018 : 124)

Ces deux textes ont été codés comme ne mentionnant aucune cause aux diagnostics cités, malgré le fait qu'ils emploient une terminologie que l'on retrouve dans le DSM-5.

Pour donner un deuxième exemple des arbitrages auxquels nous avons dû procéder, citons l'extrait d'un article présentant le cas clinique d'un jeune Antoine, élève de CE1 présentant un trouble du langage et de grande difficulté d'apprentissage. Il est précisé que cet enfant est né prématuré et bénéficie d'une rééducation psychomotrice et orthophonique. Il est fait mention des difficultés relationnelles de cet enfant, et l'auteur expose :

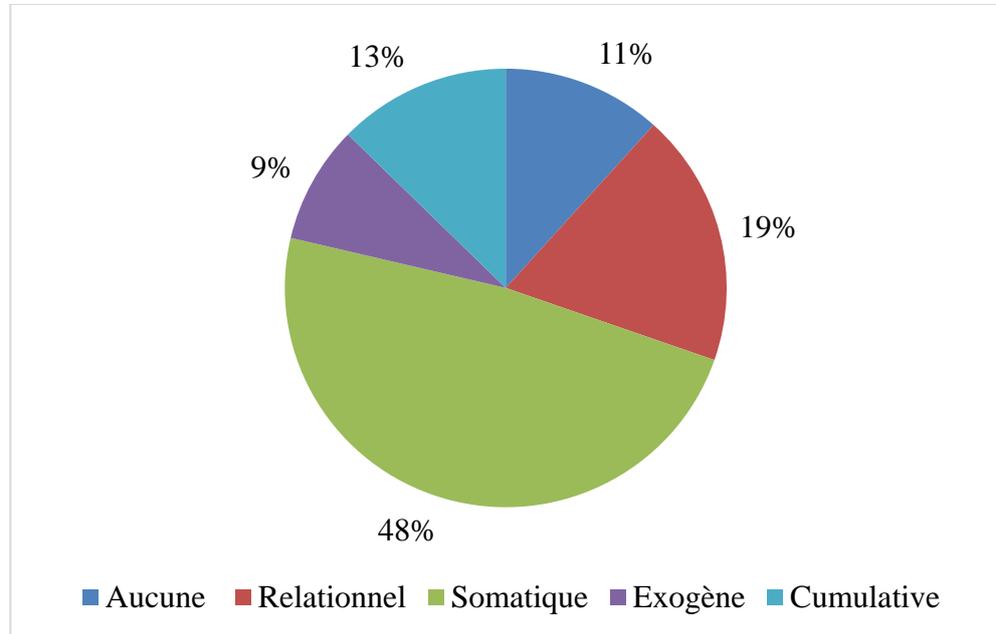
« Après avoir réalisé un bilan cognitif et projectif, nous nous apercevons que le jeune garçon présente un tableau clinique dysharmonique, avec des performances scolaires nettement en dessous de son niveau intellectuel. Le retard de langage est criant et affecte les résultats. Nous nous questionnons alors sur les relations entre le trouble du langage et les conduites asociales. » (Haguenauer, 2016 : 37)

Le lien entre le trouble du langage et les conduites asociales est ainsi évoqué, et dans le corps de l'article sont retrouvées de nombreuses mentions à la dimension relationnelle entre Antoine, sa famille, ses pairs, sa maîtresse, son orthophoniste, etc. L'auteur évoque également les inquiétudes d'Antoine sur sa place dans le groupe. Ainsi, malgré la qualification de « trouble du langage » et l'évocation de bilans psychologiques et rééducations orthophonique et psychomotrice, nous avons codé cet énoncé comme évoquant une causalité de type « endogène relationnelle ». Et ce, bien qu'un lien de causalité ne soit pas directement établi.

Afin de rendre ce carnet d'observation exploitable quantitativement, nous avons été contrainte de procéder à ces arbitrages, prenant à chaque fois en compte l'intégralité de l'énoncé. C'est donc sous réserve des incertitudes dans l'objectivation que nous allons présenter les résultats ci-après. Nous verrons qu'ils sont en cohérence avec nos résultats d'entretiens, ce qui amène tout de même une fiabilité à la manière dont nous avons codé notre matrice. Effectivement, la convergence des deux sources de données fonde la solidité de nos résultats.

La répartition de cette variable d'attribution causale figure dans le graphique en secteurs et le tableau ci-dessous :

Figure 5 — Répartition des attributions causales (ENDEX, carnet d'observation)



48,3 % des énoncés, soit 145, évoquent une cause endogène somatique au diagnostic cité

Si l'étiologie endogène somatique prédomine, nous voyons cependant que plus de la moitié des énoncés évoquent d'autres causes aux diagnostics, et pour 11,7 % d'entre eux, n'en mentionnent tout simplement pas.

Après cette présentation succincte de notre corpus de données, nous allons présenter les résultats principaux de notre enquête. Le cinquième chapitre est consacré aux résultats de l'enquête par entretien, et le sixième à ceux issus de notre carnet d'observation ethnographique. Le septième chapitre expose quelques résultats supplémentaires issus des entretiens, et ouvre finalement sur la thèse centrale de cette recherche : celle d'un changement de paradigme éducatif.

CHAPITRE 5. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PAR ENTRETIEN

Ce cinquième chapitre est consacré à nos résultats d'enquête par entretien.

Dans un premier sous-chapitre, nous exposerons toute la variabilité que l'analyse de nos entretiens a permis de révéler, tant dans les définitions que dans les usages des diagnostics scolaires. Nous verrons également que quelques récurrences, présentes au sein de ces nombreux contrastes, peuvent être liées aux positions qu'occupent les enquêtés.

Dans un second sous-chapitre, nous détaillerons certains effets des désignations que sont les diagnostics scolaires, notamment leurs effets performatifs, mais aussi le risque d'étiquetage qu'ils occasionnent.

5.1. Hétérogénéité et positions des acteurs

Nous allons présenter, dans ce premier sous-chapitre, l'hétérogénéité des définitions de chaque diagnostic scolaire données par les 46 enquêtés. Nous verrons que cette polysémie se reflète dans les usages, les pratiques des acteurs. Nous explorerons également les liens possibles entre les positions des acteurs dans le champ et les définitions qu'ils ont émises.

5.1.1. Hétérogénéité des définitions

L'analyse de nos données d'entretien révèle une très grande hétérogénéité des définitions données à chacun des diagnostics scolaires. Nos 46 enquêtés ont beau évoquer les mêmes troubles, aucun d'eux ne définit et ne décrit chaque diagnostic de la même manière. Si l'on peut repérer des similitudes, notamment lorsque les acteurs investissent la même étiologie pour un trouble donné, les contrastes et les contradictions sont résurgentes. Explorons cette variabilité en prenant pour exemple les troubles dys, qui sont décrits dans la nosographie psychiatrique. Mme B., principale d'un collège situé en zone rurale et REP, nous décrit la dyslexie et ses effets tout le long de la scolarité de l'élève :

« je veux dire c'est pas curable, la dyslexie, c'est vraiment un cheminement neurologique qui est différent, donc il faut leur donner des stratégies, des outils pour contourner la difficulté... donc, tant qu'ils sont dans les apprentissages, qu'ils sont dans la découverte à chaque fois de nouvelles choses, il faut leur apprendre de nouvelles stratégies. » (Mme B. principale collègue : l. 306-310)

Mme K., médecin scolaire¹¹⁴, rejoint cette définition en évoquant les « troubles des apprentissages », c'est-à-dire les troubles dys et le TDAH :

« C'est un trouble durable. C'est ça, la notion la plus importante : trouble durable égal PAP [...] il faut essayer de compenser : on ne peut pas en guérir, mais on compense. » (Mme K., médecin scolaire : l. 231-236)

Les acteurs de notre échantillon exerçant au sein de l'hôpital de jour accueillant des adolescents très en difficulté et présentant des pathologies psychiques se rejoignent dans une autre manière de définir les troubles dys. Ils expliquent chacun ne pas trop s'attacher à ces diagnostics, mais devoir tout de même travailler avec.

Mme N., psychomotricienne, décrit que le diagnostic, une fois posé, a comme un caractère immuable, et questionne la durabilité du trouble :

« j'ai l'impression qu'on peut... peut-être pas forcément guérir d'un trouble dys —, enfin dans ce qui est dit, mais en même temps j'ai du mal à penser comme ça, et je me dis qu'à des moments il peut conserver des maladresses ou des empêchements, des choses qui sont compliquées, mais j'ai vraiment une confiance qu'il y a un travail qui peut être fait tout au long de la vie [...] moi j'ai l'impression que ça peut bouger pour tout le monde, j'en suis quasi persuadée » (Mme N., psychomotricienne : l. 244-250)

M. A., éducateur spécialisé, envisage ces troubles comme des manifestations qu'il faut replacer dans une globalité :

« pour en revenir à la question de ces TDAH, troubles dys — etc., je trouve que ça peut apporter quelque chose de plus, par contre je crois qu'il faut faire attention à ça [...] pour moi, il faudrait le voir comme un élément d'une réalité avec pleins de facteurs, plein de questions [...] c'est un élément parmi pleins d'autres, en fait [...] comment tout ça peut s'articuler avec tout le reste » (M. A., éducateur spécialisé : l. 322-335)

Mme W., enseignante en français exerçant dans la même structure, nous décrit ce que recouvre, pour elle, la dyslexie-dysorthographe, non sans se demander si elle en a la « bonne définition » :

« je sais pas si j'emploie les bons mots, par contre (rires) ! [...] ceux qu'il y a ici, où c'est très flagrant, on voit très, très bien que la pensée est... je ne sais même pas si c'est une difficulté d'organisation : c'est complètement délié. Il y a de la déliaison dans les mots. [...] le mot " tableau ", par exemple, je peux le voir écrit : " t'ableau ". [...] c'est pour ça que je ne sais pas si c'est de la dyslexie ou pas, parce qu'on est vraiment sur quelque chose où le mot — c'est comme si le signifiant, il n'y a pas d'histoire du signifiant, en fait, c'est des sons... » (Mme W., enseignante français : l. 398-414)

¹¹⁴ Notons que les quatre médecins scolaires enquêtées exercent chacune dans un secteur rural défavorisé.

Mme H., enseignante en physique-chimie, affirme ne pas « voir » le trouble dys au sein de sa classe, la plupart du temps. Elle explique son interprétation de ce type de trouble, puis ajoute l'exemple d'un jeune homme en grande difficulté d'écriture :

« Les dyslexiques, par exemple, j'en ai rarement vu, ou alors ils arrivent ils le disent mais moi je ne le vois pas. [...] normalement un dyslexique ça devrait se voir quand ils lisent ou quoi que ce soit, non ? Alors, on n'a pas eu des dyslexiques, de mémoire, importants, mais quand ils arrivent souvent ils sont dyslexiques, mais moi je ne le vois pas. Et, ils lisent, ils font tout ce qu'il y a à faire [...]. En fait je pense que c'est lié à leur état [...] psychologique. Donc comme ici ils se sentent souvent mieux, avec le temps, ces symptômes-là s'amointrissent. Je ne dis pas qu'ils disparaissent, mais voilà. » (l. 158-168) ;

« il n'écrit pas. Ça fait déjà deux-trois fois. Et il s'énerve contre lui-même [...]. Et c'est lui qui me dit “ madame je ne peux pas. Je me perds dans mes pensées. Et je ne peux plus écrire. ”, parce qu'en fait, il y a une idée qui n'a rien à voir avec le sujet qui arrive : “ je m'y perds ” [...] Donc si je lui dis : “ Solal, il faut que tu... ”, il va le faire. Mais s'il n'y a personne pour l'interpeler, il est perdu. » (Mme H. enseignante physique-chimie : l. 388-394)

La plupart des psychologues enquêtés décrivent ces troubles comme plurifactoriels, voire en critiquent la dimension neurologique. Mme V., psychologue scolaire en REP, sans dénier l'existence effective des troubles, les attribue en grande partie à l'environnement de l'enfant :

« ce que je veux dire c'est qu'en fonction de l'environnement [...] je ne sais pas mais il y a souvent des problèmes au sein du couple, il y a souvent eu un traumatisme une maladie... sincèrement, j'ai très peu, dans tout ce que j'ai vu, d'élèves qui étaient touchés par un dys, et où tout allait très bien. » (l. 415-419)

« l'année dernière, j'ai suivi un dyspraxique en cinquième, qui commençait à décrocher, la mère était persuadée que son gamin était dyspraxique, mais elle n'avait jamais été au bout de la démarche... je l'ai testé, et effectivement pour moi il y avait une suspicion. Mais là c'est pareil, si je vous explique le contexte familial : une mère dans le déni, séparée d'un père avec sûrement des violences verbales au sein du couple... je me dis que systématiquement [...] je pense qu'à un moment il y a un facteur environnemental qui est trop puissant et qui fait que le corps, de toute façon, va répondre. » (Mme V., psychologue scolaire : l. 477-492)

M. E., psychologue scolaire, dénonce un « discours de suggestion » empêchant l'enfant de poser ses propres mots sur ce qu'il se passe :

« J'ai l'habitude [...] je leur demande : “ qu'est-ce qui t'arrive ? ”, une question toute simple. Et il y en avait un qui m'avait dit : “ je suis dysorthographique, dyslexique, dys... je sais pas quoi ”, j'ai dit : “ ok, ça c'est ce qu'on dit de toi. Mais moi je te demande toi, qu'est-ce que tu peux dire de ce qu'il t'arrive ? ” Essayer de décaler. » (M. E., psychologue scolaire : l. 368-372)

Mme La., enseignante en classe ULIS d'une école de secteur rural et REP, détaille les empêchements dus aux troubles dys :

« si on est sur des troubles “ dys », ou des choses comme ça, les procédures sont tellement compliquées pour eux qu'au-delà de deux procédures différentes à mettre en place, ils ne sont plus capables et du coup ils lâchent l'affaire [...] Par exemple tu demandes à un élève [...] d'aller chercher des mots où il entend le son [en] [...] pour lui ça nécessite : de sélectionner les informations ; d'identifier le son dans le mot, deuxième procédure ; ensuite, de garder le mot en mémoire et de pouvoir l'écrire sur un cahier. Pour peu que ce soit écrit en script, et pas dans son écriture à lui, de transformer l'écrit. D'écrire correctement, pour peu qu'il ait des troubles graphiques [...] alors qu'au début on pensait qu'il y avait juste deux tâches à faire, lui il est sur six éléments de procédure. » (Mme La., enseignante ULIS : l. 120-133)

Mme J., professeure des écoles en secteur périurbain favorisé, décrit une de ses anciennes élèves de CP :

« je pense à une petite, elle est en CM2 ou CM1 [...] elle est dysgraphique, elle n'était pas diagnostiquée, mais dysgraphique, dyscalculique, elle avait tous les dys, quoi. Oui, c'était, dyslexique, elle te confondait tout, elle n'arrivait pas à écrire » (Mme J., professeure des écoles : l. 449-453)

Mme T. enseigne l'anglais dans un collège de secteur rural et REP, et décrit ainsi un de ses élèves, diagnostiqué dyslexique en CE1 :

« C'est un très bon élève, mais qui a des soucis de lenteur, d'entrée dans la lecture en fonction des caractères et du graphisme des caractères. Par contre, intellectuellement il est brillantissime. C'est-à-dire qu'en fait, la dyslexie n'est en rien significative du niveau intellectuel de l'élève. » (Mme T. enseignante anglais : l. 300-303)

Mme D., enseignante spécialisée à dominante pédagogique en RASED, décrit ainsi la dyslexie :

« Des enfants dyslexiques, ça oui, des enfants qui ont énormément de mal, qui confondent ne et en, par exemple, qui en écrivant, inverseront. Qui sont très lents, qui ont du mal à écrire, le geste est extrêmement maladroit. » (Mme D., enseignante RASED : l. 471-473)

Sur les mêmes éléments, Mme F., professeure des écoles tout juste retraitée, ayant exercé en ZEP puis en REP, nous explique :

« il y a des enseignants maintenant qui ont un peu tendance aussi à médicaliser la difficulté scolaire. [...] nous notre boulot, c'est quand même bien de leur apprendre... je pense au CP, par exemple, au niveau de la lecture, si le gamin il dit “ ar ” au lieu de “ ra ”, et, les “ bre ”, les “ cle ”, toutes les choses où ils inversent, il y a aussi beaucoup d'enfants qui inversent mais qui n'ont pas besoin d'orthophonie non plus. Et moi je me suis quand même beaucoup battue pour dire

que notre principal objectif, c'était la remédiation pédagogique. » (Mme F., professeure des écoles retraitée : l. 664-670) ;

D'autres professionnels se montrent hésitants dans l'appréhension et la définition des troubles. Mme Fa., enseignante en italien depuis une vingtaine d'années (dans trois collèges, deux favorisés et un en REP+), expose la situation de Victor, qui l'interpelle, mais qu'elle peine à qualifier :

« il est en grande difficulté scolaire. [...] il n'est pas absentéiste. Il a plein de copains, lui il s'amuse, c'est un gentil garçon, mais il n'a pas de cadre, lui, par contre, à la maison. C'est le bazar. Il paraît qu'il aurait posté une photo de sa chambre toute en bazar, il s'est grillé auprès des copains » (l. 371-378) ;

« j'ai du mal à mettre des étiquettes, mais je pense qu'il y a un problème de dysgraphie [...] il écrit phonétiquement — moi je ne le vois pas trop en italien ; mais il ne fait rien, sa difficulté à lui c'est qu'il ne fournit pas de travail depuis très longtemps. Donc il est en grande difficulté » (Mme Fa., enseignante italien : l. 389-394)

Mme Ma. enseigne le français dans un collège situé en zone urbaine accueillant une population plutôt favorisée. Elle nous livre l'exemple d'un jeune garçon qu'elle qualifie — en hésitant — de dyspraxique :

« il est très, très vif, oralement une très, très bonne réflexion, mais comme on dit, il part dans tous les sens. [...] je me rappelle plus quel dys [il a]. [...] je me demande s'il n'est pas dyspraxique [...] c'est : troubles de l'attention, il ne gère pas plusieurs informations ensembles, des choses comme ça, il me semble que c'est dyspraxique. » (Mme Ma., enseignante français : l. 273-281)

Puis elle effectue un pas de côté concernant la notion de « trouble » :

« pour moi y'a ça comme troubles, c'est des choses un peu techniques, enfin j'appelle ça trouble, pour vous c'est un trouble, pour moi je pense que c'est une façon un peu particulière d'avoir un rapport à la connaissance, sans doute » (Mme Ma., enseignante français : l. 361-363)

Mme I., inspectrice de l'Éducation nationale chargée de l'adaptation et de la scolarisation des élèves handicapés, se montre très déroutée par l'ensemble des troubles dys :

« Franchement, certains troubles dys actuellement, ils sont pris en charge en [nom département] par le centre [centre spécialisé dans les troubles auditifs et du langage] [...] on est en frontière des troubles de l'audition, mais parce que les troubles visuo-spatiaux sont souvent proches, aussi, des troubles de l'oreille interne et des troubles de l'audition. Parce que d'autres troubles sont très proches des troubles moteurs. [...] la sensation que j'ai comme professionnelle non médicale, c'est qu'on nage dans un marigot parfois assez informe où tout le monde à ses idées, et où on n'est pas capable de nous fournir une littérature claire. » (Mme I., inspectrice : 282-291)

Résumons cette partie sur les contrastes des définitions des troubles dys chez nos enquêtés. Certains de ces acteurs sont très sûrs d'eux lorsqu'ils décrivent ces troubles comme neurodéveloppementaux et durables, tandis que d'autres mettent l'accent sur l'environnement de l'enfant, et d'autres enfin les questionnent et/ou les critiquent, ou bien hésitent tout simplement à les qualifier. Des oppositions ressortent nettement entre une conception endogène (neurologique) et une conception beaucoup plus exogène et environnementale.

Pour ce qui concerne la catégorie du refus scolaire anxieux, ce terme est repris par les enquêtés, ainsi que celui de phobie scolaire¹¹⁵. Les usages de ces désignations sont, là aussi, disparates. Par exemple, les cinq médecins de notre échantillon n'ont pas les mêmes définitions lorsqu'il s'agit de qualifier et décrire les défauts de fréquentation scolaire.

Mme S. et Mme P., médecins scolaires, critiquent le terme de « phobie scolaire », expliquant que cela sous-entend, à tort, que l'école serait l'unique source de problème pour ces enfants. Toutes deux emploient préférentiellement les expressions de refus scolaire ou de troubles anxieux :

« on ne le dit plus, “ phobie scolaire ”, non plus (rires) ! On parle de troubles anxieux ou de refus scolaire. [...] généralement c'est un élève qui est décrocheur, qui ne vient pas. Donc on évalue la situation avec le jeune ses parents, et on a besoin d'un avis psychiatrique, en général. [...] il y a différentes raisons. Il y a ceux qui, justement, ne peuvent pas venir au collège ou au lycée parce qu'ils ont un empêchement psychologique, donc ils ne peuvent pas franchir le portail, c'est physique, ils vont avoir des troubles somatiques [...] on creuse un peu la situation : on les reçoit, on voit depuis quand, qu'est-ce qui peut causer ça, est-ce qu'il y a eu du harcèlement [...] c'est important qu'il y ait un avis psychiatrique, parce qu'il faut voir de quelle façon l'élève est en souffrance, parce que l'idée c'est de ne pas le décrocher de la vie sociale. » (Mme S., médecin scolaire : l. 589-605)

Mme O., médecin scolaire également, tourne en dérision cette distinction :

« Ce qui est encore à la mode : la phobie scolaire ! Les refus scolaires anxieux, parce que maintenant on dit ça, pour ne pas dire de gros mots. » (Mme O., médecin scolaire : 981-982)

Elle explique plus loin dans l'entretien la distinction qu'elle fait entre les deux, en contraste avec celle de ses deux collègues. Selon elle, la phobie scolaire, très spécifique à l'école, est

¹¹⁵ Dans la présentation de nos objets de recherche en introduction de l'entretien, nous mentionnions les deux expressions, tout en ouvrant à d'autres désignations possibles.

un diagnostic psychiatrique, tandis que le refus scolaire anxieux est plus général : elle l'emploie dans l'attente d'un diagnostic. La quatrième des médecins scolaires, Mme K., emploie l'une pour l'autre les deux désignations :

« l'autre sujet qui arrive de plus en plus, et qu'on ne voyait pas il y a des années, c'est la phobie scolaire, le refus scolaire anxieux. [...] ça a commencé par deux ou trois par an, et maintenant j'en ai beaucoup. Je ne voudrais pas faire un résumé rapide, mais quand même je trouve... j'en ai parlé avec la pédopsychiatre, et on retrouve ça assez souvent dans le même style de famille, c'est-à-dire très souvent des mamans seules, très fusionnelles avec leur enfant, et puis ça commence tout doucement [...] des parents qui justifient, et puis petit à petit, après ça passe au certificat médical [...] quelquefois il y a un nomadisme médical de manière à arriver à avoir des certificats » (Mme K., médecin scolaire : l. 256-278)

Mme A., médecin psychiatre en hôpital de jour, définit le refus scolaire anxieux comme un type particulier de phobie scolaire, où la « *pulsion grégaire* » n'est que peu développée chez l'enfant, entraînant un repli au domicile.

M. E. remet en question la « phobie scolaire », et évoque d'autres aspects au défaut de fréquentation scolaire :

« on voit des gamins, qui, petit à petit [...] avaient du mal à venir à l'école. [...] mais est-ce que ce sont des phobies scolaires ? Je ne sais pas : il y a aussi beaucoup d'enfants qu'on appelait psychotiques avant qui sont très persécutés par le milieu scolaire. Il faudrait peut-être réfléchir à ça deux minutes. Vous avez effectivement des gamins qui ne tiennent pas le collectif, le lien social c'est quelque chose de très menaçant. » (M. E., psychologue scolaire : 431-438)

À l'instar de Mme S. et Mme P. et en contradiction avec Mme O. ; Mme B., principale d'un collège en secteur rural et REP, critique la désignation « phobie scolaire » :

« moi, le terme de phobie scolaire me gêne beaucoup. [...] parce qu'en fait, dans ces situations [...] c'est pas l'école qui est à l'origine de... on est plutôt dans des formes d'agoraphobie [...] c'est le refus d'être avec l'autre, mais c'est pas... c'est vrai partout, je veux dire, ils ne viennent pas l'école, mais ils ne vont pas non plus dans les assos, ils ne vont pas au sport, ils ne vont pas à la musique [...] ce n'est pas né d'un conflit ou d'une rupture qui se serait passée à l'école. » (Mme B., principale collège : l. 580-587)

M. I., responsable de l'animation périscolaire d'une école en secteur urbain favorisé, adopte un point de vue presque opposé à Mme B. en reliant la phobie scolaire à des phénomènes de harcèlement au sein de l'école :

« On a eu des enfants qui ont eu des phobies scolaires justement, à la suite de situations de harcèlement, ou à la suite d'enfants qui s'en sont pris à eux, qui étaient ou pas atteints de troubles du comportement, et qui ont développé une phobie scolaire parce qu'évidemment ils avaient

peur de venir l'école et de se faire taper dessus, de se faire violenter ou de se faire insulter » (M. I., responsable périscolaire : l. 261-265)

M. O., directeur d'une école située en secteur rural et REP, mentionne la situation, qu'il qualifie de « *pathologique* », d'un enfant dont les nombreuses absences étaient justifiées par des problèmes somatiques :

« La gamine subissait cet amour... cet amour fusionnel de la mère qui ne pouvait pas lâcher sa petite. C'est comme ça que moi je l'ai interprété [...] elle se complaisait dedans, je pense qu'elle se rendait malade à certains moments, et qu'elle jouait la comédie pour des histoires de chevilles, de genoux, de choses comme ça... parce que le nombre de fois où elle venait avec une attelle l'école, mais que les copines la voyaient le week-end et elle trottait comme un lapin... » (M. O., directeur d'école : l. 106-116)

Mme I. nous fait part de son questionnement et d'hypothèses inédites, lorsque nous lui demandons si elle a déjà eu affaire à la phobie scolaire :

« Et puis, la phobie scolaire... [émet un long sifflement] la phobie scolaire, si vous, vous pouvez m'expliquer ce que c'est la phobie scolaire, je serais bien contente de le savoir ! [...] entre les problématiques, comment dire, psychologiques voire psychiatriques graves [...] il y a effectivement de la phobie, à certains moments, au sens même parfois hallucinatoire des choses ; et le gamin qui est un gros absentéisme de sa race parce que culturellement il n'a pas été mis là-dedans, parce qu'il a goûté au sirop de la rue... [...] il y a toutes les situations possibles et imaginables. » (Mme I., inspectrice : l. 539-550)

Mme Ma. explique la situation d'une jeune fille où l'infirmière scolaire avait averti les enseignants qu'elle « *avait des phobies* » :

« cette année par exemple, j'ai une petite élève qui est très, très souvent absente [...] elle a des blocages quand elle se met à écrire, surtout quand y'a de l'enjeu [...] quand c'est une évaluation voilà, ou quand c'est un écrit long... c'est l'élève que j'ai en classe, là cette année, qui a le plus un profil, comme ça, vraiment marqué. » (Mme Ma., enseignante français : l. 53-58)

Mme Ga., professeure des écoles exerçant en secteur périurbain REP, exprime sa méconnaissance de la phobie ou du refus scolaire :

« pas la phobie... le refus, ça s'approche du décrochage ? [...] non, sinon j'ai jamais entendu parler..., c'est quelque chose d'émergent ou c'est quelque chose dont on devrait être au courant ? » (Mme Ga., professeure des écoles : l. 375-378)

Mme Da., enseignant les SVT dans un collège situé en zone périurbaine plutôt favorisée, rapporte trois situations de phobie scolaire très contrastées entre elles. Dans la première

situation, c'est le passage entre le CM2 et la 6^{ème} qui a été difficile pour un jeune élève, dont les parents soutenaient sa venue au collège. Dans la seconde situation, c'est une jeune fille ayant changé plusieurs fois d'établissement et bénéficiant d'aménagements, qui demanda elle-même une augmentation du nombre de ses heures passées dans l'établissement, ce que sa mère refusa :

« la maman avait complètement arrêté de travailler pour s'occuper de cette enfant. [...] ça a fini qu'elle a fait changer sa gamine d'établissement, l'année suivante. [...] Et pourtant, à mon sens cette gamine, elle ne faisait que s'améliorer. [...] je pense que la maman avait vraiment un souci... affectif, important. » (Mme Da., enseignante SVT : l. 565-573)

Mme Da. relate ainsi la troisième situation de phobie scolaire à laquelle elle a eu affaire :

« un enfant très instable. [...] très vite il n'était pas capable de tenir une séance, il se tournait, toutes les séances il les passait à l'envers par rapport à l'enseignant. [...] une opposition physique permanente, des besoins de se faire remarquer [...] Et le fait aussi d'arriver en retard systématiquement à chaque séance, voilà, de quelques minutes, mais tu vois, tu fermes la porte et justement, lui il va arriver juste derrière » (Mme Da., enseignante SVT : l. 583-589)

Il existe donc, chez la même enquêtée, trois déclinaisons de « phobie scolaire », dont aucun « symptôme » ne se recoupe, pas même la fréquence ou la forme des absences : comment convertir en diagnostic un phénomène aussi multiforme ? Les médecins que nous avons interrogés ne peuvent manifestement pas nous éclairer sur cette question, sans consensus entre leurs différentes définitions.

Il est notable que nombre de nos enquêtés font référence, en creux, à ce que la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) nomme l'angoisse de séparation (notamment les liens entre l'enfant et sa mère ou ses parents), alors même que cet élément est un critère d'exclusion pour le diagnostic de phobie scolaire.

Nous allons présenter plus succinctement quelques contrastes entre les définitions du haut potentiel intellectuel, puis celle du TDAH. Concernant le haut potentiel, la grande majorité de nos enquêtés utilise le terme d'« Enfants Intellectuellement Précoces » ou EIP¹¹⁶, mais n'en donnent pas la même définition. Mme P. traduit ce diagnostic en ses propres termes, en critiquant la terminologie officielle :

¹¹⁶ Qui était le terme employé dans le Code de l'éducation jusqu'en 2019.

« “ l’enfant avec des capacités cognitives autres ”, moi c’est comme ça que je les note. Je ne dis ni haut potentiel, ni intellectuellement précoce [...] Ça ne veut rien dire, être précoce. [...] ça veut pas dire qu’il est précoce, ça veut dire qu’il a des capacités, une façon de voir le monde, des capacités cognitives différentes [...]. Et ce ne sont pas forcément des enfants qui sont en avance. [...] ils sont plutôt empêchés. » (Mme P., médecin scolaire : l. 141-151)

Mme T., qui enseigne l’anglais en collège rural et REP, emploie le mot « précocité », mais contredit Mme P. sur les difficultés que peuvent rencontrer ces enfants, et donne sa propre version à ce sujet :

« des élèves précoces en échec j’en ai pas connu beaucoup. Pas du tout. [...] Ce que j’ai par contre remarqué, c’est que sur des enfants précoces, parfois, on peut poser de manière initiale un diagnostic d’hyperactivité. » (Mme T., enseignante anglais : l. 853-859)

Mme S. adopte encore une autre terminologie, délimitant d’autres nuances dans les définitions diagnostiques :

« moi je vois vraiment la différence entre un enfant qui est surdoué, qui va vraiment être très bon à l’école, à qui on va faire sauter des classes, parce qu’il va très, très vite, d’un enfant intellectuellement précoce à qui on ne va pas nécessairement faire sauter de classe, parce qu’il n’a pas cette maturité de comportement, et qui, au contraire, va le mettre en difficulté scolaire un moment donné. » (Mme S., médecin scolaire : l. 384-388)

Mme Ja. est enseignante spécialisée à dominante pédagogique dans un RASED en secteur rural et REP. Lorsque nous la questionnons sur son éventuelle connaissance d’élève à haut potentiel intellectuel, elle nous répond ainsi :

« c’est un domaine que je connais pas du tout, mais alors absolument pas tu vois, dans nos secteurs en REP, c’est très, très rare » (Mme Ja., enseignante RASED : l. 224-225)

Pour ce qui est du TDAH, Mme Ga., professeure des écoles en début de carrière exerçant en secteur périurbain REP, décrit les difficultés d’une enfant diagnostiquée kinesthésique :

« Une élève qui était très particulière [...] elle avait un petit retard sur l’ensemble du programme, elle était très immature. [...] elle doit avoir des troubles de l’attention [...] ah non, c’était pas un diagnostic, elle est revenue un jour [...] d’une consultation avec je sais pas qui, et elle était kinesthésique [...] du coup elle, ça passait par le mouvement et le toucher [...] elle nous avait proposé de mettre un élastique entre les barreaux de sa chaise pour qu’elle puisse bouger les jambes entre cet élastique pendant qu’elle était assise, ça l’aidait à se concentrer » (l. 387-402) ;

« elle arrivait à tomber de sa chaise trois fois par jour parce qu’elle tenait pas en place [...] et puis très émotive, elle pleurait pour un rien [...] j’avais l’impression que rien n’était acquis en

fait : y'a une semaine, on bossait sur un truc, j'avais l'impression que ça marchait et puis la semaine d'après pffuit ! C'était plus là » (Mme Ga., professeure des écoles : l. 405-414)

Mme F. explique qu'elle n'a rencontré qu'un seul enfant hyperactif durant sa carrière, « *un vrai* », qu'elle décrit en contraste avec les enfants simplement « *agités* ». Elle relate :

« il était extrêmement violent, il pouvait prendre un compas et viser quelqu'un dans la classe. Sortir une paire de ciseaux, et puis passer à côté de quelqu'un, et montrer qu'il allait le planter. Une fois, dans la cour, un matin, il avait pris sa lanterne de cartable, il avait un cartable sur le dos, et puis il avait strangulé un enfant » (Mme F., professeure des écoles : 451-454)

Mme Ma. présente une description très différente de ce type de troubles :

« les TDAH c'est des enfants qui sont très fins [...] ils ont une compréhension fine [...] très intelligents et j'ai l'impression qu'ils sont agités comme ça parce qu'en fait ils sont comme saisis de grande impatience. [...] quelquefois ça fait que, même, ils ne travaillent pas... » (Mme Ma., enseignante français : l. 388-391)

Mme Da. mentionne rencontrer beaucoup d'élèves porteurs d'un TDAH, et y attribue des causes :

« En trouble de l'attention [...] il doit y en avoir au moins un par classe [...] en moyenne. Il y a bien des classes où il n'y en a pas, notamment les classes euro [...] Mais moi dans toute les classes que j'ai eues, je pense que j'en ai un, trouble de l'attention. [...] après bon, j'ai peut-être lu beaucoup de choses, et je suis peut-être vraiment anti-écrans au maximum, mais souvent c'est [...] des gamins qui passent beaucoup de temps sur les consoles de jeu, dans la nuit [...] ils n'arrêtent pas. » (Mme Da., enseignante SVT : l. 163-169)

Pour terminer, penchons-nous brièvement sur les éléments quelque peu marginaux que nos enquêtés ont chacun développés. Nous avons mentionné plus haut la colonne « autres » de notre matrice support à l'analyse. Cette colonne rassemble ce qu'évoquent les enquêtés en lien, selon eux, avec la question des diagnostics scolaires, sans pour autant traiter strictement de ces derniers. On retrouve là des discours décrivant des phénomènes de harcèlement (Mme P., mais aussi Mme X. et M. A., qui toutefois les relativisent), un individualisme ambiant et des enfants supportant de moins en moins la contrainte (qui sont deux aspects développés tout au long de l'entretien avec M. O.), les milieux économique et socioculturel défavorisés (sous diverses formes, dont la formule de « *troubles associés à la culture* » employée par Mme F., et d'autres exemples chez Mme G. et Mme Da.), des parents qui se retournent contre d'autres enfants que les leurs lorsqu'ils les considèrent comme

perturbateurs (Mme O.). Nous retrouvons également plusieurs exemples d'enfants porteurs de troubles du spectre autistique (dont des comorbidités avec le TDAH, dans une situation relatée par Mme J.), la mention de pédagogies alternatives pouvant profiter à tous les enfants (avec Mme Ta. et Mme X.), le rapport aux écrans et l'absence de limites posées par les parents, les maladies psychiatriques et/ou comportements de violence (relatés notamment par Mme V., Mme M. et Mme R.), des considérations historiques sur la prudence dont il faut faire preuve par rapport aux diagnostics d'une époque donnée (Mme I. fait référence aux anciennes nosographies psychiatriques mentionnant les idiots, imbéciles, et arriérés), la cohérence de l'émergence des diagnostics scolaires dans le contexte politique actuel (M. E.), etc. Nous pourrions donner encore beaucoup d'exemples de ces éléments « autres » qui gravitent autour des diagnostics scolaires sans directement les cibler. Ainsi, les marges de chaque discours révèlent combien chaque catégorie diagnostique est imprécise, et charrie avec elle une multitude de considérations et de mises en lien très contrastées, chez les acteurs.

Concluons cette première partie concernant l'hétérogénéité des définitions données aux diagnostics scolaires. Se révèlent clairement les dissemblances entre les définitions, les interprétations, la manière d'appréhender et donc de « faire avec » les diagnostics scolaires, même pour ceux décrits dans les nosographies psychiatriques. Pour le dire autrement, si les acteurs sont globalement imprégnés par le discours médico-psychologique (ils reconnaissent les termes de « dyscalculie », « troubles de l'attention », etc.), ils s'approprient chaque diagnostic d'une façon singulière. Pourrait-on imaginer une telle diversité et de telles oppositions dans les définitions d'autres pathologies psychiatriques ? Il s'agit donc bien ici d'un discours très puissant, irriguant les représentations et les pratiques des acteurs, mais qui ne se base sur aucun consensus, même médical.

Nous allons à présent voir plus précisément que ces définitions contrastées, voire opposées, entraînent des usages tout aussi disparates. Nous explorerons également le lien entre les pratiques des acteurs et leurs positions respectives dans le champ.

5.1.2. Hétérogénéité des usages et positions dans le champ

Pour affiner notre exploration des manières de faire contrastées de nos enquêtés par entretien, nous avons circonscrit trois variables à deux modalités chacune (nous retrouvons leur description détaillée en annexe 4.1.) :

La variable « 3MED » objective l'emploi ou non d'un discours médico-psychologique pour décrire les diagnostics scolaires.

3MED 1 : l'enquêté a mentionné au moins trois termes distincts appartenant aux champs lexicaux psychologique et/ou médical¹¹⁷ durant l'entretien ; dans leur description ou leurs exemples de diagnostics scolaires. Sont exclus les termes que nous avons nous-mêmes prononcés, les termes purement somatiques et ceux connotés, mais trop généraux, ou employés couramment dans le champ scolaire (« *cognitif* », « *troubles du comportement* », « *angoissé* », etc.), les synonymes, et lorsque l'enquêté les emploie pour les critiquer.

3MED 0 : l'enquêté a mentionné moins de trois termes distincts appartenant aux champs lexicaux psychologique et/ou médical durant l'entretien.

La variable « REPER » objective le repérage des diagnostics scolaires au sein de l'école.

REPER 1 : l'enquêté repère les diagnostics scolaires au sein de la classe ou affirme qu'il est possible et/ou souhaitable de procéder ainsi (alerter les familles, orienter vers des professionnels médicaux ou paramédicaux, etc.).

REPER 0 : l'enquêté ne repère pas et ne parle pas de repérer au sein de l'école (sauf lorsqu'ils exposent une situation où cela a déjà été fait, par exemple)

La variable « REMED¹¹⁸ » objective la diffusion du discours médico-psychologique dans le champ scolaire *via* les remédiations mises en place.

¹¹⁷ Exemples de termes du champ médico-psychologique : cheminement neurologique, trouble durable, pathologie, bilan orthophonique, plan psychoaffectif, thérapie, traumatisme, symptômes, graphothérapeute, bilan neuropsychologique, construction cérébrale, scores pathologiques (aux bilans), contenants psychiques, ergothérapie, problème psychomoteur, consultations spécialisées, médicamenteusement, centre du langage, toute-puissance, rééducations, parano, sensitif, malade, somatise, dépression, etc.

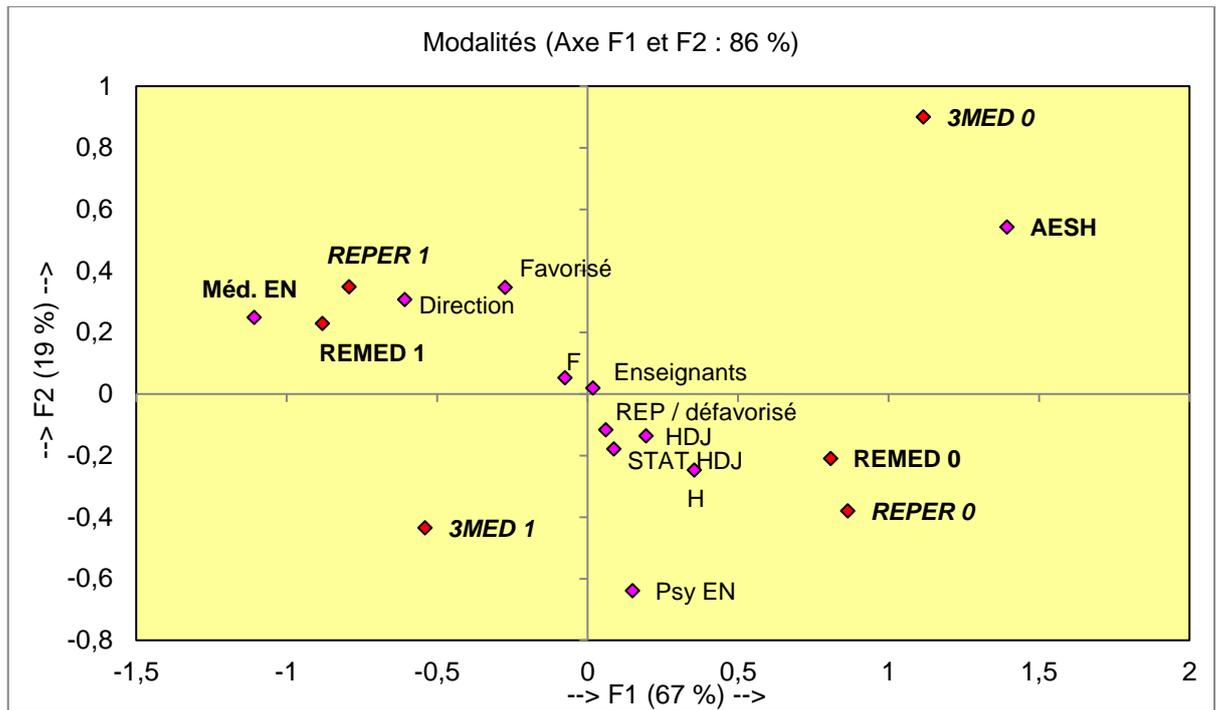
¹¹⁸ La variable REMED a suscité chez nous quelques questionnements : comment savoir si l'enquêté évoque de la remédiation « purement » pédagogique ou de la remédiation guidée par les professionnels de santé ? La frontière entre les deux se révèle très floue : nous avons départagé ce qui relève de la remédiation de type médico-psychologique ou de la remédiation pédagogique en fonction de la présence ou non dans le discours de l'enquêté des recommandations des professionnels de santé et de leur investissement du PAP (où figurent

REMED 1 : l'enquêté investit les remédiations mises en place en regard des diagnostics scolaires perçus comme des troubles neurodéveloppementaux (TDAH, troubles dys) ou ayant une composante neurocognitive (HPI). L'enquêté suit les recommandations des professionnels de santé et/ou différencie les remédiations mises en place pour des enfants porteurs de ces diagnostics et des enfants en difficulté scolaire. Par exemple : la mise en place d'un PAP, du matériel adapté au sein de la classe (élastique tendu entre les pieds de la table, documents didactisés, etc.), des rééducations et suivis orthophoniques, psychomoteurs, neuropsychologiques, etc.

REMED 0 : l'enquêté évoque des remédiations de nature pédagogique, sans recours aux recommandations des professionnels de santé ou à un PAP ; ou parle de ces remédiations à la marge, et/ou questionne ce type de remédiations.

Nous avons synthétisé les informations données par ces variables par rapport aux statuts des enquêtés, à leur secteur d'exercice ainsi qu'à leur sexe, dans une analyse des correspondances multiples, ci-dessous.

les « conséquences des troubles sur les apprentissages » et dont les adaptations sont standardisées à partir des troubles).

Figure 6 — Analyse des correspondances multiples (entretiens)

Le plan principal de l'analyse des correspondances multiples (ACM) synthétise 86 % de l'information issue de nos 46 entretiens. Les valeurs tests des modalités significatives au seuil $\alpha = 0,05$ sont visibles dans le tableau ci-dessous, ainsi que sur le plan principal (en gras pour les variables significatives sur l'axe 1, en italique pour celles significatives sur l'axe 2).

Tableau 9 — Valeurs tests des modalités (ACM entretiens)

	F1		F2		F3
REMED 1	- 5,659	3MED 1	- 4,196	REMED 0	- 3,289
REPER 1	- 5,552	REPER 0	- 2,439	REPER 1	- 2,868
3MED 1	- 5,208	REPER 1	2,439	HDJ	- 2,152
Méd. EN	- 2,292	3MED 0	4,196	REPER 0	2,868
AESH	2,887			REMED 1	3,289
3MED 0	5,208				
REPER 0	5,552				
REMED 0	5,659				

Valeurs significatives au seuil $\alpha=0,050$ (Test bilatéral)

Sur l'axe 1, un fort contraste apparaît entre, d'une part, le fait d'employer un vocabulaire issu du champ médico-psychologique, de repérer au sein de l'école et remédier selon les recommandations des professionnels de santé ; et d'autre part, ne rien faire de tout cela.

Ce sont surtout les quatre médecins scolaires (n=4), et dans une moindre mesure les trois directeurs d'établissement et les deux inspecteurs (valeur test = -1,421) qui investissent le champ lexical médico-psychologique pour décrire les diagnostics scolaires (3MED 1), qui avancent qu'il faut repérer ces troubles au sein de l'école (REPER 1) et qui préconisent la mise en place de remédiations ajustées aux troubles (REMED 1).

Ce sont donc les acteurs en posture de décision qui sont les plus impliqués dans la qualification des difficultés scolaires en termes de troubles. Le médecin scolaire est sommé de recevoir les élèves repérés par les enseignants au sein de la classe, d'examiner les bilans effectués et de diagnostiquer, le cas échéant, un trouble des apprentissages ou bien un refus scolaire anxieux. De ce diagnostic dépendra la mise en place d'aménagements particuliers : pour le refus scolaire anxieux, un SAPAD ou un PAI adaptant l'emploi du temps, pour un trouble des apprentissages, un PAP permettant la mise en place d'aménagements pédagogiques, y compris aux examens. Le chef d'établissement est, lui, responsable des dispositifs mis en place. Quant à l'inspecteur, il est garant de l'application des politiques éducatives — dont nous avons vu plus haut combien elles sont influencées par les neurosciences cognitives. La responsabilité qui incombe à ces différentes catégories d'acteurs, autrement dit la place qu'ils occupent dans le champ et l'*illusio* qui y est lié (Bourdieu et Wacquant, 1992), peuvent donc aisément expliquer leurs prises de position. Par exemple, Mme S. évoque les tests qu'elle effectue de manière systématique auprès des élèves de grande section de maternelle, et des cas où elle repère une anomalie :

« si ça relève du verbal, on va dire, langage écrit, langage oral ; on va étayer le diagnostic, et généralement on passe d'abord par un bilan orthophonique. [...] on va étayer aussi avec l'avis des enseignants, parce qu'en général, ce sont des enfants pour lesquels il y a déjà des difficultés repérées par les enseignants. » (Mme S., médecin scolaire : l. 130-136)

M. O. décrit comme essentielles les relations entre l'école et les professionnels de santé externes (orthophonistes, psychologues, etc.) autour des enfants présentant des troubles :

« on essaie de travailler en lien étroit avec ces gens-là qui peuvent nous donner des billes pour aider l'enfant. [...] des présentations de documents particulières, des façons de leur parler ou de les interpeller, ça peut être divers et varié. [...] leur donner du temps, tout simplement. » (M. O., directeur d'école : l. 262-268)

M. J., inspecteur de l'Éducation nationale, mentionne les professionnels de santé internes et externes à l'institution scolaire, et leur nécessaire coordination. Il évoque plus particulièrement les enfants intellectuellement précoces en difficulté scolaire :

« sensibiliser les enseignants et les cadres, les chefs d'établissement, les inspecteurs à cette difficulté. Et derrière la difficulté scolaire qui se traduit par des notes basses, ou par un manque d'intérêt, ou par une attitude des fois opposante, à aller chercher ce qui peut se cacher derrière, pourquoi l'élève réagit comme ça. Et parfois [...] derrière ce portrait-là, on peut avoir un EIP. » (M. J., inspecteur : l. 272-277)

Nous voyons nettement, à travers ces différents extraits, l'accent mis sur le repérage des troubles, et leurs remédiations à l'intérieur de la classe en lien resserré avec les professionnels de santé (internes et externes à l'Éducation nationale).

À l'opposé, sur l'axe 1, nous retrouvons les accompagnantes d'élèves en situation de handicap (AESH) et le responsable périscolaire d'une école favorisée¹¹⁹, qui se singularisent en employant très peu le champ lexical médico-psychologique. Les trois AESH, exerçant en secteur rural et REP et au plus près des enfants ayant une reconnaissance de handicap, n'évoquent aucune des quatre catégories de diagnostics scolaires. Elles restent focalisées, tout le long des entretiens, sur la description des comportements des élèves dont elles s'occupent au quotidien, sans cependant les qualifier par des termes médico-psychologiques. Chez deux d'entre elles, enquêtées dans le même entretien, nous remarquons un certain désarroi par rapport aux enfants qu'elles accompagnent, et dont elles ne connaissent pas le diagnostic. Mme Pa. exprime ainsi ses difficultés :

« c'est un peu compliqué, parce qu'on n'a pas de mots à poser, entre guillemets, sur la pathologie de cet enfant, donc c'est difficile [...] parce qu'on adapte un peu comme on le sent mais ce n'est pas toujours évident [...] il a des périodes où ça va bien, des périodes où ça va moins bien [...] en fait c'est vraiment tout un contexte [...] Je l'ai 20 heures par semaine. » (Mme Pa., AESH : l. 154-162)

Mme Na., sa collègue présente dans le même entretien, abonde :

¹¹⁹ Ces quatre enquêtés ont été rassemblés en raison de leur position plutôt externe par rapport au travail enseignant, mais aussi parce que leurs discours, peu imprégnés de termes médico-psychologiques, se ressemblaient suffisamment pour les associer dans la même catégorie.

« des fois on ne sait pas la pathologie de l'enfant, et on arrive, même l'institut quand on dit : " qu'est-ce qu'il a cet enfant, pourquoi on doit le suivre ? ", " ben on sait pas trop, il a des difficultés scolaires ", donc on ne sait même pas : est-ce qu'il est autiste, est-ce qu'il a un comportement... » (Mme Na., AESH : l. 814-817)

Ces deux actrices sont en demande d'une formation plus spécifique sur les pathologies des enfants qu'elles accompagnent, comme dans une tentative d'arriver à mieux saisir ce qu'il se passe pour eux, au moyen de repères médicaux :

« en soi, moi je la trouve intéressante la formation [dite " des 60 heures ", nécessaire pour exercer], parce que j'ai quand même appris beaucoup de choses sur plein de handicaps, mais je trouve que ça manque justement d'un module, par exemple au début de l'année, où on sait la pathologie de l'enfant qu'on va suivre, et justement suivre peut-être quelques heures supplémentaires sur la pathologie de l'enfant. » (Mme Na., AESH : l. 808-812)

Leur troisième collègue, Mme Ra., explique s'être formée notamment à la pratique du yoga dans le cadre des apprentissages scolaires, et explique que ses connaissances lui permettent d'accompagner beaucoup plus sereinement les débordements pouvant survenir au quotidien. Elle cite l'exemple de Jules, un élève qu'elle a accompagné en CM1 et diagnostiqué TDAH :

« typiquement [...] sur un travail à faire : " je n'y arrive pas, je ne sais pas, je ne peux pas ", et du coup ça se ferme, ça se verrouille, et puis les larmes qui montaient, la détresse [...] et puis même l'agacement [...] par contre, lui manifestait sa colère, il fallait que ça sorte. Donc : jeter la trousse, jeter le cahier, taper le cartable [...] donc là hop, c'est : on s'isole, on se met dans un endroit, un espace qui peut accueillir ça. Donc on sort de la classe, quand c'est comme ça. » (Mme Ra., AESH en ULIS : l. 96-102)

M. I., responsable périscolaire, précise qu'il n'est pas informé de la nature des difficultés de certains enfants, même s'il peut remarquer des manifestations qui peuvent gêner la gestion du groupe dont il s'occupe. Il décrit ici un enfant dyspraxique :

« je pense au trouble dyspraxique [...] un enfant en particulier, qui a tendance à être maladroit [...] Ce qui a accompagné ces troubles-là, c'est une difficulté à être reconnu comme un enfant... ordinaire, comme les autres. Il avait des difficultés à s'intégrer, il avait tendance à faire le clown. [...] là où on va avoir des enfants qui savent faire rire [...] les autres, lui il n'y arrivait pas forcément [...] c'est-à-dire qu'il était plutôt moqué, même s'il ne s'en rendait pas forcément compte. » (M. I., responsable périscolaire : l. 92-109)

Il apparaît donc clairement que ces acteurs, accompagnant pourtant quotidiennement des enfants parfois très en difficulté, ne sont que très peu saisis par le discours dominant lorsqu'il s'agit d'évoquer les situations qu'ils rencontrent. M. I. (du fait de ses missions) et Mme Ra.

(du fait de sa formation complémentaire) semblent n'avoir que peu d'intérêt à investir ce discours, tandis que Mme Na. et Mme Pa. se trouvent plutôt démunies, et en demande de formation et d'information sur les diagnostics.

L'axe 2 est peu informatif, mais permet tout de même de confirmer l'opposition entre les individus employant un langage médicalisé (3MED 1) et repérant les diagnostics scolaires (REPER 1) et les individus ne faisant rien de tout cela (3MED 0 / REPER 0).

Nous pouvons voir, sur ce plan principal de l'ACM, dans l'espace des variables que nous avons défini, qu'un certain nombre de catégories d'acteurs se positionne à l'origine. C'est notamment le cas des enseignantes, qui ne contribuent pas à l'ACM. Nous pouvons cependant souligner leurs discours et usages, qui, nous l'avons vu, sont très contrastés entre eux. Assistons-nous ici au tiraillement d'une profession appelée à la fois à « faire réussir tous les élèves », mais aussi à s'attacher aux particularités de chacun ? Nous avons vu plus haut l'irrigation de l'école par le discours neurocognitif, mais qui manifestement la divise. Sur les 20 enseignantes de notre échantillon, huit exercent en milieu plutôt favorisé, dix en milieu défavorisé ou en REP et deux en hôpital de jour. Or, la répartition des enseignantes remédiant en fonction d'un trouble ou non est ici liée au milieu d'exercice : sept des huit enseignantes exerçant en milieu plutôt favorisé mettent en place des remédiations aux troubles (REMED 1)¹²⁰ ; contre seulement quatre des dix enseignantes exerçant en milieu défavorisé ou en REP. Quant aux deux enseignantes en hôpital de jour, elles investissent des remédiations de type pédagogiques (REMED 0). Nous voyons très clairement que le discours neurocognitif impacte plus massivement les pratiques des acteurs exerçant en milieu favorisé. La relation éducative semble s'y établir et évoluer au prisme du repérage précoce, des diagnostics et des bilans, avec une certaine technicisation de l'accompagnement des élèves. À l'opposé, dans les établissements accueillant un public défavorisé, la priorité ne semble pas être de repérer puis diagnostiquer les élèves rencontrant des difficultés. Mme Y., professeure des écoles en secteur rural et REP, rattache les difficultés scolaires des enfants à la pauvreté sociale et culturelle des familles :

« dans le langage oral, on voit qu'ils manquent beaucoup de vocabulaire, et après, dans le suivi à la maison, on voit que les devoirs ne sont pas faits, on voit que les papiers, c'est compliqué pour faire signer [...] des parents qui sont tout à fait volontaires, et qui ont tout à fait envie que leur enfant réussisse, mais qui n'ont pas les moyens de les aider. [...] parce qu'eux-mêmes ne

¹²⁰ L'enseignante faisant exception est Mme Fa., exerçant dans plusieurs établissements favorisés et REP. Nous avons expliqué la catégorisation plus haut dans la partie 4.2.

sont pas allés très loin l'école, parce que parfois ils ne savent pas lire, ou mal, pareil pour l'écriture. » (Mme Y., professeure des écoles : l. 85-95)

Mme D., enseignante dans un RASED, en milieu périurbain défavorisé, nous fait part de ses considérations concernant les enfants très en difficulté dans l'apprentissage de la lecture :

« [ils sont] plutôt [issus] des mondes un peu éloignés de l'école. [...] des milieux où on a autre chose à faire que d'entretenir cette petite flamme [...] il y a d'autres préoccupations. Alors, des fois des préoccupations terre-à-terre du style " manger tous les jours ", " faire garder les gosses ", voilà, des choses comme ça. » (Mme D., enseignante spécialisée à dominante pédagogique : l. 301-307)

Nous pouvons poser l'hypothèse que les acteurs exerçant en milieu défavorisé s'engagent dans un autre schéma, en liant les difficultés des élèves à celles, socioéconomiques, de leurs familles.

De manière plus générale, il est très rare que les acteurs n'employant pas le discours médico-psychologique (3MED 0) repèrent les troubles au sein de la classe¹²¹ (REPER 1) ; et c'est évidemment vrai pour la situation inverse. Le test statistique d'indépendance entre ces deux variables est en effet fortement significatif ($p = 0,006$ cf. tableau VI en annexe 4.3.). Tout comme il est fréquent que les acteurs n'employant pas ce discours médico-psychologique favorisent tout de même les remédiations d'une telle nature ($p = 0,003$ cf. tableau VII en annexe 4.3.). Les distributions les plus liées entre elles sont celle du repérage et des remédiations ($p. < 0.001$), nous pouvons l'observer dans le tableau ci-dessous :

¹²¹ Ou, pour les non enseignants, préconisent ce repérage.

Tableau 10 — Repérage et remédiation aux troubles (Khi-deux d'indépendance)

	REPER 0	REPER 1	Total
REMEDI 0 ni	18	6	24
REMEDI 0 n'i	11,48	12,52	24
Contrib.	+0,292	-0,268	
REMEDI 1 ni	4	18	22
REMEDI 1 n'i	10,52	11,48	22
Contrib.	-0,319	+0,292	
Total	22	24	46

$$\chi^2 = 12,66 ; s. ; p. < 0.001 \text{ pour ddl} = 1$$

Il est logiquement rare de repérer des troubles sans mettre en place des remédiations cohérentes, et de remédier à ces troubles sans être en faveur de leur repérage : nous ne trouvons que dix de nos 46 enquêtés répartis dans ces deux situations. Toutefois, il y a de quoi s'interroger sur les logiques à l'œuvre chez ces dix individus. Nous n'avons pas d'interprétation à proposer, mais exprimons notre étonnement par rapport à ce qui semble contradictoire.

Nous venons de montrer combien les définitions données aux diagnostics scolaires conditionnent en grande partie les usages de ces catégories par les acteurs de terrain. Nous avons également pu mettre en lumière le lien entre la position occupée dans le champ et une certaine affiliation — ou non — au discours médico-psychologique, ainsi qu'aux pratiques de repérage et de remédiations préconisées.

5.2. Effets des désignations

Toujours sur la base de nos résultats d'entretien, nous allons dans ce second sous-chapitre examiner les multiples effets de ces désignations diagnostiques. Dans un premier temps, nous aborderons les effets performatifs de ce discours, qui s'affirment en même temps

que sa diffusion prend de l'ampleur. Dans un second temps, nous approfondirons la question du risque d'étiquetage effectif que les diagnostics scolaires entraînent.

5.2.1. *Les effets performatifs du discours médico-psychologique*

Nous postulons que le discours médico-psychologique, étayé de multiples dispositifs et relayé par les médias, produit des effets performatifs (Austin, 1991) dans le champ scolaire. La diffusion des discours scientifique et politique *via* des instances comme la HAS, l'Inserm, les ministères de l'Éducation et de la Santé, donne d'autant plus de force à leur performativité (Bourdieu, 2001). Pour le dire autrement, c'est la production permanente de jeux de langage sur des diagnostics scolaires, diffusés par les institutions officielles, qui engendre et/ou amplifie leur existence au sein de l'école, et qui ne cesse de les faire consister. Ce discours, repris par les acteurs — même de façon hétérogène — s'enracine et prend vie dans les pratiques de terrain. Prenons pour exemple les enquêtés employant un vocabulaire médico-psychologique : ceux favorables au repérage des troubles au sein de l'école ($n_i = 21$ pour $n'_i = 16,17$) et à des remédiations suivant les recommandations des professionnels de santé ($n_i = 20$ pour $n'_i = 14,83$) sont à chaque fois plus nombreux que prévu. Ceux, au contraire, n'évoquant ni un repérage au sein de l'école ($n_i = 10$ pour $n'_i = 14,83$) ni des remédiations en regard des troubles ($n_i = 11$ pour $n'_i = 16,17$), sont à chaque fois moins nombreux que prévu. Pour le dire autrement, l'imprégnation des acteurs par un discours les amène à penser et à agir par le prisme de ce dernier, et des idéaux et modèles de pratiques qu'il véhicule. En référence à McDermott et Varenne (1995), nous pouvons dire ici que c'est la culture qui crée le handicap. Concevoir les difficultés scolaires comme des troubles (neurodéveloppementaux, psychiques, de l'attachement, etc.) construit et nourrit une logique de la pratique, mais aussi une perception de l'univers scolaire, qui, nous pouvons raisonnablement l'envisager, vient consolider en retour ce discours.

Détaillons et approfondissons les tendances visibles sur l'ACM. Sur nos 46 enquêtés, 18 emploient un vocabulaire médico-psychologique et sont à la fois favorables au repérage des troubles au sein de l'école et à des remédiations suivant les recommandations des professionnels de santé (3MED 1, REPER 1 et REMED 1). Nous y trouvons nos quatre

médecins scolaires, six enseignantes en milieu favorisé (sur les huit que contient notre échantillon), une enseignante en REP, quatre acteurs de la catégorie direction (nos deux inspecteurs, un directeur d'école REP et une principale de collège REP), une psychologue en école REP, la psychiatre et une infirmière exerçant en hôpital de jour (auprès d'adolescents présentant des troubles psychiques). Précisons que retrouver seulement deux professionnels sur les neuf exerçant en hôpital de jour dans cet ensemble n'est pas si étonnant, car bien qu'exerçant au sein d'une structure sanitaire, cette dernière porte une orientation théorique psychanalytique, donnant globalement peu de place à la question du diagnostic¹²². Sur les dix enseignantes exerçant en milieu défavorisé ou REP de notre échantillon, une seule adopte un discours médico-psychologique ainsi que les usages (repérage et remédiations) qui en découlent. Cette enseignante explique avoir beaucoup parlé des troubles dys avec une de ses cousines qui est orthophoniste ; et porte elle-même le diagnostic de « *surdouée* » depuis l'enfance. Elle décrit avoir été « *profondément malheureuse* » de ne pas se sentir comme ses camarades à l'adolescence, en faisant un lien avec le fait d'être « *zèbre* »¹²³ :

« les petits zèbres. Oui, on en croise. Là j'en ai deux, juste cette année. Je l'ai dit aux parents, que je pensais qu'il y avait quelque chose de cet ordre, et tant qu'il n'y avait pas d'échec sur le domaine scolaire c'était super, et que ça voulait dire qu'ils étaient en adaptation. Que par contre il fallait veiller que sur le plan psychoaffectif, ils ne soient pas malheureux. » (Mme T., enseignante anglais : l. 608-612)

Nous voyons ainsi apparaître de manière particulièrement limpide le lien entre les Arrière-plans de cette enseignante et son action quotidienne auprès de ses élèves et des familles.

Mme G., enseignante en histoire-géographie dans ce même collège, incarne également ce lien, avec à la fois une aisance à l'adaptation pédagogique :

« les gamins dys, on a plusieurs profils... eux c'est le plus simple, je dirais, à gérer parce qu'eux, finalement, c'est très cadré, on sait que il faut [...] adapter les documents, réduire la charge de lecture, éventuellement oraliser les documents... les textes, voilà j'ai deux gamins en lourde, lourde dyslexie, mais voilà, eux c'est facile parce qu'on sait comment faire » (Mme G., enseignante histoire-géographie : l. 505-508)

Et une connaissance très personnelle de ce type de troubles :

¹²² En se centrant plutôt sur le symptôme, c'est-à-dire ce que manifeste l'adolescent, sans forcément le qualifier par un diagnostic.

¹²³ Terme employé par Siaud-Facchin, psychologue et fondatrice des centres spécialisés Cogito'Z, pour désigner les personnes dites à haut potentiel intellectuel.

« il se trouve que j'ai mon neveu qui est dyslexique, donc je suis sensibilisée à ça [...] les différentes thématiques c'est [...] déjà rassurer l'élève, en lui disant que c'est pas une tare, c'est juste un fonctionnement différent, mais je suis pas sûre que tous les collègues aient conscience de ça [...] moi je lui ai tenu ce discours-là, qu'elle avait juste un cerveau qui fonctionnait différemment mais que les dyslexiques étaient des gens très intelligents [...] qu'ils pouvaient faire de grandes choses, faut juste leur donner les éléments pour pouvoir avancer comme les autres » (Mme G., enseignante histoire-géographie : l. 515-522)

Cependant, Mme G. a beau employer un discours médico-psychologique et remédier aux troubles, elle ne les repère pas au sein de sa classe. Mme Da. expose également sa familiarité avec les troubles dys, ce qui la pousse à en définir des degrés :

« moi qui suis maman d'une vraie dyslexique [...] une vraie. C'est-à-dire, à mon sens il y a quand même des gros degrés de dyslexie qui sont complètement différents. Tu vas avoir des gamins, en effet, qui sont gênés. Et d'autres qui n'arrivent toujours pas à lire. [...] Ceux-là, quand ils arrivent en troisième ils ont encore ces difficultés-là, à mon avis c'est un degré important. Et donc, tout le monde a été mis dans le même panier [...] c'est comme ça qu'on se retrouvait avec des classes à [...] cinq PAP [...]. Et souvent c'était des dyslexiques parce que c'était très facile [...] dès qu'il y avait un retard, poum ! Dyslexique, on passe au suivant. Ou il y avait la dyscalculie aussi [...] et dysorthographe, enfin bon en général tu avais [...] " PAP dys ", et puis voilà, débrouille-toi avec. [...] c'était diagnostiqué, c'était validé par le médecin » (Mme Da., enseignante SVT : l. 122-136)

Nous percevons ici les effets performatifs du discours médico-psychologique, et plus précisément ses effets perlocutoires, par la sensibilité des acteurs et leur capacité à renforcer les idéologies médico-psychologiques.

À l'opposé de cette catégorie d'acteurs, dix de nos enquêtés n'emploient pas ou peu de terminologies médico-psychologiques, n'évoquent pas un repérage au sein de l'école ni de remédiations spécifiques aux troubles (3MED 0, REPER 0 et REMED 0). Tous exercent en secteur rural défavorisé ou REP, excepté M. R., directeur d'école et M. I., son responsable périscolaire, ainsi que M. A., éducateur spécialisé de l'hôpital de jour. Nous retrouvons les trois AESH ainsi que trois enseignantes (dont une en RASED) et une psychologue. Toutes les sept exercent dans des écoles primaires, et seule la psychologue n'exerce pas en secteur rural.

L'adhésion ou non au discours médico-psychologique semble ainsi bien liée aux positions des acteurs dans le champ : il faut être médecin, à un poste de direction ou enseignant en milieu favorisé pour envisager les difficultés scolaires comme relevant de troubles. Songeons ici à Mme L., Mme Ta., ou encore Mme J., professeures des écoles en milieu favorisé qui emploient autant le discours médico-psychologique qu'elles mettent en place

un repérage des troubles et des remédiations à ces derniers. Dans la même logique, les professionnels occupant une position plutôt dominée dans le champ (comme les AESH, ou les acteurs exerçant en secteur rural et/ou défavorisé) ont beaucoup moins recours aux explications médico-psychologiques pour faire avec les difficultés des élèves auxquelles ils sont particulièrement confrontés. Nos enquêtés exerçant en milieu défavorisé semblent, pour la majorité d'entre eux, plutôt lier les difficultés des élèves à celles, socio-économiques, de leurs familles. Par exemple, Mme C., professeure des écoles et coordinatrice d'un REP en secteur rural, évoque les élèves ayant une « *vie familiale compliquée* » :

« On a quand même pas mal d'élèves [...] qui sont “ empêchés de penser ”, et en fait c'est ça. Il y en a qui arrivent le matin, on le sent d'emblée : il faut qu'on discute avec eux, parce qu'il va falloir qu'ils posent leurs petits bagages avant d'arriver » (Mme C., coordinatrice REP : 356-359)

Mme Y., exerçant dans la même école, explique :

« c'est ce qui ressort quand même, globalement, dans l'école [...] on est dans un milieu, ici, assez défavorisé, assez pauvre socialement, culturellement... et on se rend compte que certains enfants ne sont pas énormément stimulés à la maison depuis qu'ils sont petits [...] ça peut créer, plus tard, un “ handicap ” — alors, je mets ça entre guillemets — d'apprentissage. » (Mme Y., professeure des écoles : 67-71)

Mme F., professeure des écoles retraitée ayant exercé en ZEP puis en REP durant toute sa carrière, se distancie nettement du discours dominant et des remédiations correspondantes :

« il y a beaucoup d'inspecteurs de l'Éducation nationale qui sont très énervés contre les orthophonistes par exemple. Qui font un commerce pas possible... dès qu'un enfant... il y a même des orthophonistes qui font faire les devoirs maintenant ! Mais moi j'hallucine, quoi. Elles ne sont pas là pour ça. Et dès qu'il y a un enfant qui a un petit chuintement maternel, hop, allez, séances d'orthophonie. Non. » (Mme F., professeure des écoles retraitée : l. 682-687)

Les caractéristiques géographiques sont également à prendre en compte, puisque les diagnostics scolaires nécessitent le recours à des professionnels de santé pouvant effectuer bilans et diagnostics : orthophonistes, psychologues, médecins psychiatres, etc. Or, la densité de ces professionnels est moindre dans les territoires ruraux, notamment si l'on considère la profession des orthophonistes, qui sont les professionnels paramédicaux les plus mentionnés par nos enquêtés¹²⁴. Un rapport de la DREES publié en 2014 nous apprend que

¹²⁴ Ce sont eux qui effectuent les bilans visant à dépister un ou plusieurs troubles dys chez un enfant.

sur un peu plus de 22 000 orthophonistes exerçant en France, seulement 6,5 % exercent dans les communes de moins de 5000 habitants, contre 35,5 % dans les communes rassemblant 200 000 à 2 000 000 d'habitants (hors agglomération parisienne) (Sicart, 2014 : 54). Nous pouvons également poser l'hypothèse que les professionnels dont les consultations ne sont pas prises en charge, tels les psychologues exerçant en libéral, sont beaucoup moins investis sur ces territoires qui concentrent des populations précaires. Mme J., exerçant pourtant en secteur périurbain favorisé, l'évoque en ces termes :

« tu as le diagnostic, je crois que c'est 250 euros, rien que pour qu'on te diagnostique ce qu'a ton gamin quoi. Le premier bilan. Autant chez l'orthophoniste, tu ne te poses pas la question, tu envoies tous les gamins chez l'orthophoniste, c'est remboursé donc hop, c'était inutile, c'est pas grave, au moins on a fait le bilan. » (Mme J., professeure des écoles : l. 908-911)

Mme L., professeure des écoles dans une école en secteur périurbain favorisé, déprécie les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) pour ce qui concerne le diagnostic de troubles neurodéveloppementaux :

« Parce qu'au CMPP quand même, on diagnostique rarement les troubles dys, le TDAH. Alors il y a des CMPP qui le font très bien, mais ce ne sont pas les plus nombreux. Il faut quand même dire que, en France, il vaut mieux aller en libéral si on veut avoir des bons diagnostics de ce type de trouble. » (Mme L., professeure des écoles : l. 155-158)

Nous remarquons que le milieu d'exercice — croisant ses dimensions géographique, économique et sociale, ainsi que la culture et les formes de vie singulières qui s'y développent — semble conditionner, en grande partie, les pratiques des acteurs. Le discours médico-psychologique, bien que recouvrant des formes hétérogènes, prend ainsi vie dans les usages des différents acteurs, dont certains participent plus que d'autres à le nourrir, et ainsi augmenter ses effets perlocutoires.

Nous allons à présent explorer une autre facette des effets de ce discours, à savoir le risque de l'étiquetage des élèves désignés comme porteurs d'un (ou plusieurs) diagnostic(s) scolaire(s).

5.2.2. *Étiquetage et mise en conformité*

Nous venons d'objectiver l'irrigation du champ scolaire par le discours médico-psychologique, issu des neurosciences cognitives, et son influence sur les perceptions et les

pratiques des enseignants. Ces derniers sont sommés par les politiques en vigueur de repérer, le plus précocement possible, d'éventuels troubles à partir de difficultés scolaires chez leurs élèves. La diversité des définitions que nous avons détaillée plus haut n'est pas anodine : il existe des différences conséquentes dans les représentations et les manières d'opérer des acteurs. Certaines enseignantes de notre échantillon, particulièrement acculturées à ces questions, y sont très vigilantes. Mme L., qui exerce dans une école située en secteur périurbain plutôt favorisé, se présente d'emblée comme une « *maman d'enfants dys et TDAH* » et décrit :

« La plupart du temps ils se font diagnostiquer, enfin c'est rare qu'un élève, où je pense qu'il y a un trouble dys, sorte sans diagnostic de ma classe. [...] je demande aux parents si éventuellement ils pourraient envisager : "vous avez déjà pensé à faire un bilan chez une orthophoniste ?". Et souvent les parents [...] font le bilan, et en principe on a des choses qui émergent. » (Mme L., professeure des écoles : l. 104-114)

Mme Ja., enseignante spécialisée à dominante pédagogique en RASED d'un secteur rural et REP, décrit un repérage assez direct à partir de la salle de classe, et ce malgré le fait qu'elle ne cite que très peu de diagnostics pendant l'entretien :

« par contre, si on a un doute, les collègues — alors on devrait pas, mais — les collègues n'hésitent pas à demander aux parents d'aller faire un bilan chez un orthophoniste. [...] dans les textes, c'est le médecin traitant qui doit faire la proposition, mais sûrement pas nous, nous on n'est pas des professionnels pour dire : "votre enfant..." », mais on le fait, tous les collègues le font » (Mme Ja., enseignante RASED : l. 487-492)

Mme A., psychiatre au sein de l'hôpital de jour, décrit sa perception des troubles dys, comme trouvant leur origine dans une carence relationnelle précoce :

« je ne suis pas spécialiste là-dedans. Mais je le repère toujours comme une carence précoce dans les relations mère-enfant. [...] mère-enfant, ou environnement, hein ! [...] il y a des interactions qui ne permettent pas un environnement sécurisé à l'enfant pour qu'il puisse organiser son psychisme tranquillement... dans cette interaction, développement physique et psychique, quoi. [...] si la mère est trop angoissée, si elle vit un trauma, si... — qui se répercutent sur l'évolution du fœtus, avec par exemple, après, les angoisses qu'il peut avoir... moi je trouve que ce lien-là est de plus en plus abîmé par la société actuelle [...] ça vient un peu abîmer cette relation primaire qui est assez fondamentale, quand même. » (Mme A., psychiatre : l. 54-67)

Mme F. explique la facilité avec laquelle des « diagnostics » sont posés par les parents eux-mêmes :

« alors, dyslexie, là aussi, il y a plein de parents qui posent un diagnostic avant même qu'il soit posé par un professionnel. Donc, il y a une difficulté d'apprentissage de la lecture : il est

dyslexique. Il a une difficulté d'encodage : il est dyslexique. Il fait des fautes d'orthographe en dictée : il est dysorthographique. [...] les parents ont un peu tendance à... ça les rassure, si quelque part, dès qu'on a posé un diagnostic, ils sont un peu dédouanés aussi, quelque part » (l. 696-701)

Mme Va., enseignante référente du suivi des élèves en situation de handicap, explique toute la difficulté de repérer et diagnostiquer les troubles dys :

« le trouble “dys” est souvent un trouble associé à quelque chose d'autre. Donc c'est assez complexe. [...] tout le problème [...] est là [...] c'est de définir si c'est un symptôme, mais que l'origine est ailleurs [...] ou si c'est un trouble “dys” réel, et dans ce cas-là le bilan psychologique doit écarter la déficience » (Mme Va., référente handicap : l. 200-204)

En opposition à cette vision complexe des troubles et cette prudence, Mme Ta., professeure des écoles en secteur périurbain favorisé, repère les troubles avant même qu'un diagnostic soit posé :

« il y a des troubles qui n'ont pas été diagnostiqués, qui ne sont toujours pas diagnostiqués, mais forcément y a des troubles parce qu'on le sent bien, nous. [...] c'est des enfants qui ont des troubles non diagnostiqués ; et ceux-là ce sont les plus difficiles à gérer, à aider, parce que le diagnostic n'a pas été posé [...]. On n'a pas un thérapeute qui puisse nous guider, on n'a pas (hésite)... une aide, une AVS » (Mme Ta., professeure des écoles : l. 35-40)

A contrario, Mme Y. se dit incapable de détecter un trouble dys. Cependant, elle mentionne les professionnels compétents pour ce faire, nous pouvons en déduire que la procédure diagnostique ne lui est pas complètement étrangère :

« C'est très difficile de savoir, et on n'est pas... on n'est pas psychologue, on n'est pas orthophoniste, on n'est pas... voilà, essayer de détecter, chez un enfant, un trouble dys par exemple, moi, je suis incapable de le faire. Parce qu'après, il y a ces six élèves-là, j'ai d'autres élèves qui, par exemple, montrent de grandes difficultés sur l'orthographe : moi, je suis incapable de dire si ces élèves sont dyslexiques ou pas. » (Mme Y., professeure des écoles : l. 179-183)

Mme R., infirmière en hôpital de jour et unité d'hospitalisation pour adolescents, évoque en creux la facilité avec laquelle le diagnostic d'un trouble dys peut être posé :

« il y a déjà les dys, les choses comme ça qui apparaissent, qui peuvent apparaître assez vite, quoi. Dès que c'est pas dans la norme, dès qu'on voit le moindre retard... » (l. 55-56)

Les professionnels de santé de notre échantillon reconnaissent des divergences dans les manières de repérer (ou non) les troubles. Mme P., médecin scolaire, explique contourner

certain professionnels de santé internes à l'éducation nationale pour externaliser le repérage et la prise en charge des troubles, parce qu'elle et ses collègues ne partagent pas la même définition des troubles :

« dans le primaire, il y a des psychologues scolaires qui ont des résistances, à la réalité en tant qu'entité pure du trouble " dys " quoi. [...] pour eux, ça n'existe pas, un enfant dyslexique, ça n'existe pas un enfant dyspraxique [...]. Alors je suis dans une institution, l'idéal c'est de travailler... moi je suis là pour le bien de l'élève, après si certaines personnes ne veulent pas, je contourne, je fais comme s'il n'y avait pas cette personne, et je demande une analyse extérieure. » (Mme P., médecin scolaire : l. 30-46)

Une de ses collègues, Mme K., expose la difficulté d'harmonisation dans le processus diagnostique, et de remédiation :

« On n'est pas tous d'accord. [...] au début, on avait dit : pour faire un PAP, il faut systématiquement un bilan psychologique, et puis un bilan orthophonique, un bilan psychomoteur [...] en fonction du trouble, des difficultés de l'enfant. Et puis, je me suis rendu compte que je ne pouvais pas imposer à tout le monde d'aller chez les psychologues, il y a des prix absolument exorbitants chez nous [...] pour certains parents c'est pas possible ! Donc petit à petit, en fonction des difficultés qui sont signalées par les professeurs [...] s'il n'y a pas de problème de compréhension, s'il y a des difficultés observées qui sont très typiques des dys, par exemple, la lenteur, le manque de planification... enfin bon, il y a tout un tas de signes, je n'exige pas d'avoir un bilan psychologique, parce que ce n'est pas possible sur le plan financier, ce n'est pas possible au CMP avec deux ans et demi d'attente [...]. Donc ce n'est pas toujours homogène, la façon dont on accepte ou pas les PAP, les demandes d'aménagements aux examens, on n'arrive pas à s'harmoniser. » (Mme K., médecin scolaire : l. 544-560)

Balayons rapidement quelques divergences supplémentaires, concernant ici les troubles dys : Mme Za., enseignant l'anglais dans un collège urbain favorisé, affirme que le diagnostic de trouble dys est posé par un orthophoniste. Mme Da. souligne au contraire la nécessaire validation de ce diagnostic par un médecin. Mme L. ajoute qu'il faut deux ans de rééducation orthophonique avant de poser un diagnostic de dyslexie. Enfin, Mme J. explique que le médecin scolaire de son secteur est débordé : elle oriente directement les familles vers des professionnels de santé externes.

Malgré cette grande variabilité dans les manières de faire, le repérage des troubles en milieu scolaire est quasi généralisé. Nous savons avec Becker que la reconnaissance d'une déviance dépend en grande partie du regard des autres (Becker, 2007). Or, les diagnostics scolaires sont plus que reconnus par les pouvoirs publics et les autorités de santé, entraînant une imprégnation du champ. Si chaque acteur de terrain s'en saisit de manière singulière, personne ou presque n'y échappe. Ces quelques exemples objectivent ce mouvement de

repérage des troubles au sein des classes, et l'orientation de ces élèves vers des bilans externalisés. Souvenons-nous de l'exemple que donne Vidal (2008), de cet homme présentant une hydrocéphalie massive, mais jamais détectée. Pour une anomalie cérébrale aussi manifeste, cet homme n'a connu aucune répercussion (diagnostic, différenciation, handicap). On peut cependant supposer que s'il avait passé un examen dans l'enfance, détectant cette singularité corticale, il aurait intégré un circuit de soins, il aurait connu un parcours scolaire différencié de l'ordinaire, en bref : il aurait été étiqueté, avec toutes les conséquences que cela entraîne. Vidal prend cet exemple pour illustrer la notion de plasticité cérébrale : cet organe, même anormalement constitué, peut trouver un moyen de fonctionner « normalement ». Or, si l'on revient aux diagnostics scolaires, il n'existe aucun marqueur biologique, et pourtant leur repérage se généralise. Nous souhaitons insister sur la disproportion entre l'injonction diagnostique à partir de difficultés dans le cadre scolaire, et l'absence d'un quelconque marqueur physiologique permettant effectivement de conclure à un trouble. Pour le dire autrement, un étiquetage effréné s'opère à partir de critères très larges au sein desquels les difficultés scolaires tiennent une place centrale. Nous pourrions qualifier ce phénomène de repérage précoce de fantaisiste, s'il n'entraînait pas avec lui de si lourdes conséquences. En effet, une fois l'étiquette apposée, Mme N., psychomotricienne, relève combien elle peut demeurer intacte, même des années après :

« il y a un ado que j'ai eu [...] ses parents lui avaient très tôt dit qu'il était dyspraxique, et il portait cette casquette-là [...] c'est un truc fréquent [...] c'est vraiment une manière de se présenter, ça intervient dès les deux-trois premières phrases, cette étiquette qui se dépose. [...] même si c'est dans vingt ans, ça pourrait être exactement la même chose, comme si c'était un truc qui serait là à vie, et qui ne se requestionnait pas » (Mme N., psychomotricienne : l. 222-235) ;

Certains acteurs tentent de s'émanciper des étiquettes, évoquant la réification qu'elle vient opérer sur les difficultés de l'enfant, et donc le blocage de l'action pédagogique possible en regard. Mme D. explique :

« Au contraire, des fois ça me coince, d'avoir l'étiquette. [...] si je sais qu'il y a de la dyspraxie, je vais me dire : “ ah d'accord ! ”, et du coup, je vais me coincer là-dessus, moi aussi. S'il n'y a pas trop de nom, je cherche, je tâtonne, je cherche des brèches pour sortir de là. [...] j'aime bien laisser un peu d'incertitude, parce que du coup, ça fait chercher. J'ai toujours peur de l'étiquetage qui va conduire à une solution, précise » (Mme D., enseignante spécialisée à dominante pédagogique : l. 657-665)

M. E. rejoint cette conception :

« c'est pas la première fois qu'un gamin à qui je demande ce qui lui arrive me dit : " je suis dys ". On voit bien comment le diagnostic, effectivement, vient l'arrêter, vient refermer les choses. »
(M. E., psychologue scolaire : l. 400-402)

Certains enseignants, notamment les plus expérimentés, qui prennent leurs distances avec le discours médico-psychologique et les recommandations qui lui sont liées en matière de remédiations. Mme F. relate :

« je prêche un peu pour ma paroisse, là, mais j'ai envie de dire qu'un enseignant, quand il retousse les manches et qu'il prend un enfant comme ça [porteur de troubles dys], il y a des choses qui peuvent être faites. Alors on ne règle pas tout [...] mais il y a des petites ficelles, des petits trucs [...] il y a tellement de choses qui passent aussi, entre l'enfant et l'enseignant. »
(Mme F., professeure des écoles retraitée : l. 705-711)

Mme Fa. explique à ses élèves, qui débutent dans sa discipline, qu'ils partent tous du même point. Elle décrit une manière singulière d'adapter les exercices pour ne mettre personne en difficulté :

« comme un commencement, et on écrit une nouvelle page, il n'y a pas de lacunes, vous démarrez tous au même endroit. Et puis par exemple, comment je fais pour ne pas les mettre en difficulté : je fais des lectures chorales, on lit tous ensemble » (Mme Fa., enseignante italien : l. 408-410)

Malgré cette diversité des remédiations possibles, dont nous avons un petit aperçu, ce sont celles issues des recommandations des professionnels de santé qui sont préconisées par l'institution scolaire. Comme le décrit Morel, ces recommandations ne sont pas *stricto sensu* médicales ou neurologiques¹²⁵ :

« À l'exception notable du traitement pharmacologique de l'hyperactivité, les TSA, à commencer par les troubles spécifiques du langage les plus courants comme la dyslexie, appelleraient des rééducations pédagogiques pouvant être mises en œuvre par des orthophonistes, voire par des enseignants ayant suivi une formation (Ramus, 2005), comme c'est d'ailleurs le cas dans certains pays anglo-saxons (Woollven, 2012). En somme, le travail de construction des TSA en problème de santé publique permet aux chercheurs en NC de souligner l'urgence de la reconnaissance de ce genre de " troubles " et, partant, des théories diagnostiques qui les sous-tendent, tout en demeurant à la frontière du médical et du pédagogique et en se protégeant ainsi des traditionnelles critiques visant la médicalisation de l'échec scolaire. »
(Morel, 2016 : 230)

¹²⁵ Cela peut être de didactiser des documents, distribuer des photocopies afin de décharger l'enfant en difficulté de l'effort d'écriture, etc.

Les neurosciences cognitives se montrent ainsi impuissantes à produire d'autres remédiations que pédagogiques, tout en se basant sur les recherches en neurosciences cognitives pour les produire. Malgré leur ancrage pédagogique, c'est bien l'individualisation de ces remédiations, leur diffusion massive et leur réification sous la forme de dispositifs (par exemple le PAP) qui posent question. Cette protocolisation engendre en effet une logique d'application assez automatisée, avec peu de souplesse possible. Le risque, bien réel, est ici de confisquer aux enseignants la légitimité de se confronter aux enfants porteurs de troubles avec leurs propres armes (didactiques et pédagogiques). C'est bien en ce sens que Laval définit la neuropédagogie :

« La neuropédagogie peut être définie comme un ensemble de savoirs et de recommandations qui entendent augmenter l'efficacité des apprentissages des élèves grâce à des recherches neuroscientifiques. » (Blay et Laval, 2019 : 21)

L'extension de ces savoirs neuroscientifiques sous forme de recommandations pour la pédagogie (dans la forme, le rythme et le contenu des enseignements) nourrit le mouvement de médicalisation des difficultés scolaires, ne laissant que peu de place à d'autres alternatives. De surcroît, nous observons une externalisation¹²⁶ des prises en charge et rééducations, des troubles¹²⁷. Ce mouvement global de médicalisation des difficultés scolaires tend aujourd'hui à minorer, voire à détruire le sentiment de puissance pédagogique des enseignants. La rencontre éducative se trouve ainsi déformée dès lors qu'un trouble est suspecté, venant occulter toute l'épaisseur de l'histoire de l'enfant, de sa culture, de ses conditions de vie, de ses représentations de l'école, etc. Ceci au mépris de l'accueil du sujet « *différent, étranger par son histoire, ses appartenances, ses attachements, ses richesses et ses défenses qui font que nous ne pouvons le comprendre qu'à partir de ce que nous sommes.* » (Berger et Mutuale, 2019 : 40). Soulignons les effets possibles sur les élèves, avec la probabilité de « carrière » des sujets dyspraxiques, phobiques scolaires ou hyperactifs. À partir du diagnostic, les remédiations soignantes ou rééducatives peuvent entraver la possibilité pour le sujet désigné de s'envisager autrement que, par exemple, dyslexique (Garcia, 2013).

¹²⁶ Par les bilans, consultations et rééducations externes à l'école (orthophonie, psychomotricité, neuropsychologie, ergothérapie, etc.).

¹²⁷ Encouragé par exemple par les dispositifs tels que les plateformes d'orientation et de coordination, détaillées dans la partie 3.3.1.

Enfin, l'extrême disparité dans les façons de repérer pose l'interrogation majeure de l'arbitraire qui sous-tend le processus d'étiquetage. Les acteurs sont enjoins à repérer d'éventuels troubles, le plus précocement possible. Or, l'élasticité des contours des définitions de chaque diagnostic scolaire donne lieu, nous l'avons vu, à des pratiques très contrastées. En conséquence, les bornes du repérage semblent particulièrement instables et inconsistantes, ce qui amène une multitude de questions. À partir de quel type de manifestation, à partir de quelle fréquence et de quelle intensité un acteur va-t-il soupçonner un trouble quelconque ? Et, à partir de ce soupçon, va-t-il orienter ou non la famille de l'enfant, et si oui vers quel type de professionnel ? Ou bien, va-t-il plutôt mettre en place des remédiations pédagogiques, évoquer la situation avec ses collègues, tenter de nouer un dialogue avec les parents de l'enfant ? Et, quelle que soit son action, combien de temps va-t-il laisser s'écouler ? Ces questions sont vives, pleinement ancrées dans la réalité de l'école contemporaine. Elles se matérialisent nettement à travers les hésitations de certains acteurs, ainsi que la variabilité globale de leurs manières d'agir. Nous approfondirons ces interrogations dans la partie 7.1.1.

5.3. Synthèse

Résumons les résultats de notre enquête par entretien : les définitions des diagnostics scolaires se révèlent extrêmement hétérogènes, tout autant que leurs usages. Il est frappant de constater l'absence de consensus médical, même pour les troubles spécifiques des apprentissages, le TDAH ou la phobie scolaire, décrits dans les nosographies. S'il n'y a pas de consensus chez les cinq médecins de notre échantillon, nous vérifions un éclatement des définitions et des représentations au sein des autres professions, qui se réfractent dans les manières de repérer et remédier (ou non) à ces troubles. Nous avons pu mettre en lumière les liens entre les manières de définir les diagnostics et les positions des acteurs dans le champ. Notamment, les enquêtés occupant des postes à responsabilité sont les plus enclins à employer une terminologie médico-psychologique issue des recommandations en vigueur, ainsi qu'à appliquer ces dernières. Également, les acteurs exerçant en milieu favorisé, surtout pour ceux entretenant une familiarité personnelle avec les diagnostics scolaires, sont plus investis dans leur repérage et leurs remédiations. *A contrario*, lorsque le secteur d'exercice est plutôt défavorisé, et/ou la position des enquêtés plutôt dominée, ces derniers adoptent

beaucoup moins le discours dominant et les usages correspondants. Nous avons vu que la ruralité des secteurs n'est pas sans effet et s'ajoute aux conditions socioéconomiques défavorables des familles. Il est effectivement plus difficile, dans ce cadre, d'avoir recours à des professionnels de santé externes, qui sont peu nombreux et/ou non pris en charge financièrement. Pour finir, il est notable que certains acteurs se départissent du discours à l'appui de leur structure d'exercice (comme l'hôpital de jour) ou d'une expérience, de certains idéaux pédagogiques qui leur permettent cela (songeons à Mme C., Mme D. ou M. O.).

Malgré ces contrastes dans l'investissement du discours dominant et de ses usages, nous avons pu en isoler les effets performatifs, notamment dans les milieux les plus favorisés. En découle un risque important d'étiquetage, qui plus est sur des diagnostics posés de manière arbitraire, puisqu'il n'existe pas, au sein de notre échantillon, ni de consensus ni d'harmonisation dans les pratiques de repérage et de prise en charge. Certains de nos enquêtés sont sensibles à ce risque d'une permanence de l'étiquette, qui demeure attachée au sujet même des années après, et peut lui refermer un horizon de possibles (par exemple Mme N. et M. E.).

Nous allons maintenant présenter les résultats de l'analyse de notre carnet d'observation ethnographique, qui constitue le deuxième volet de notre corpus d'enquête.

CHAPITRE 6. TENTATIVE D'OBJECTIVATION DES CAUSES ENDOGÈNES ET DU LIEN AVEC LES POSITIONS DES ACTEURS

Ce sixième chapitre présente les résultats du carnet d'observation ethnographique. Rappelons les étapes de constitution et d'analyse de ce carnet : nous avons d'abord collecté 300 énoncés mentionnant au moins une des quatre catégories de diagnostics scolaires. Nous avons identifié plusieurs variables, que nous exposerons ci-après. Nous avons ensuite codé ce corpus sous la forme d'une matrice, pour son exploitation statistique.

Dans la continuité de l'analyse de nos entretiens, nous commencerons, dans un premier sous-chapitre, par explorer l'hétérogénéité contenue dans les énoncés de ce carnet, par l'entrée de l'attribution causale aux diagnostics (dont nous verrons qu'elle leur suppose essentiellement une nature endogène).

Dans un second sous-chapitre, nous tenterons de repérer les liens éventuels entre les différents usages ou définitions et les formes de vie des acteurs (leurs statuts dans le champ éducatif). Nous poserons par ailleurs l'hypothèse d'une analogie structurelle entre les quatre catégories de diagnostics scolaires, qui permettra de montrer la non-spécificité de ces « troubles » scolaires.

Enfin, nous proposerons une synthèse de l'ensemble de ces analyses.

6.1. L'investissement des causes endogènes

Nous allons commencer par examiner la variabilité des 300 énoncés que nous avons collectés. Pour ce faire, nous mobiliserons notamment la variable d'attribution causale aux diagnostics (« ENDEX »). Malgré la dispersion des causes attribuées, nous verrons dans un second temps que c'est bien la causalité endogène qui domine, dans la majorité des discours.

6.1.1. L'attribution causale révélatrice d'hétérogénéité

Avant d'entamer la présentation des résultats, procédons à un bref rappel de nos variables diagnostiques : « RSA » correspond à la catégorie du défaut de fréquentation scolaire (refus scolaire anxieux et phobie scolaire) ; « TSLA » rassemble les troubles spécifiques des apprentissages et le trouble développemental de la coordination (les troubles dys) ; TDAH recouvre le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et HPI

correspond au haut potentiel intellectuel (ou précocité, surdouance, etc.). Leur répartition dans notre carnet figure dans le tableau ci-après.

Tableau 11 — Fréquence des catégories diagnostiques mentionnées seules ou associées entre elles

RSA	64	21,33 %
TSLA	67	22,33 %
TDAH	32	10,67 %
HPI	51	17 %
Associées	86	28,67 %
Total	300	100 %

67 des 300 énoncés (22,33 %) mentionnent uniquement un trouble spécifique des apprentissages (TSLA), tandis que 86 (28,67 %) mentionnent au moins deux diagnostics scolaires.

Notons que 86 de nos 300 énoncés évoquent deux à quatre catégories diagnostiques, portant ainsi à 419 le nombre total d'occurrences.

En vue de l'analyse suivante, rappelons ici brièvement les cinq modalités de la variable d'attribution causale (« ENDEX ») (détaillée dans la partie 4.3. et dans le dictionnaire des variables en annexe 5.1.) :

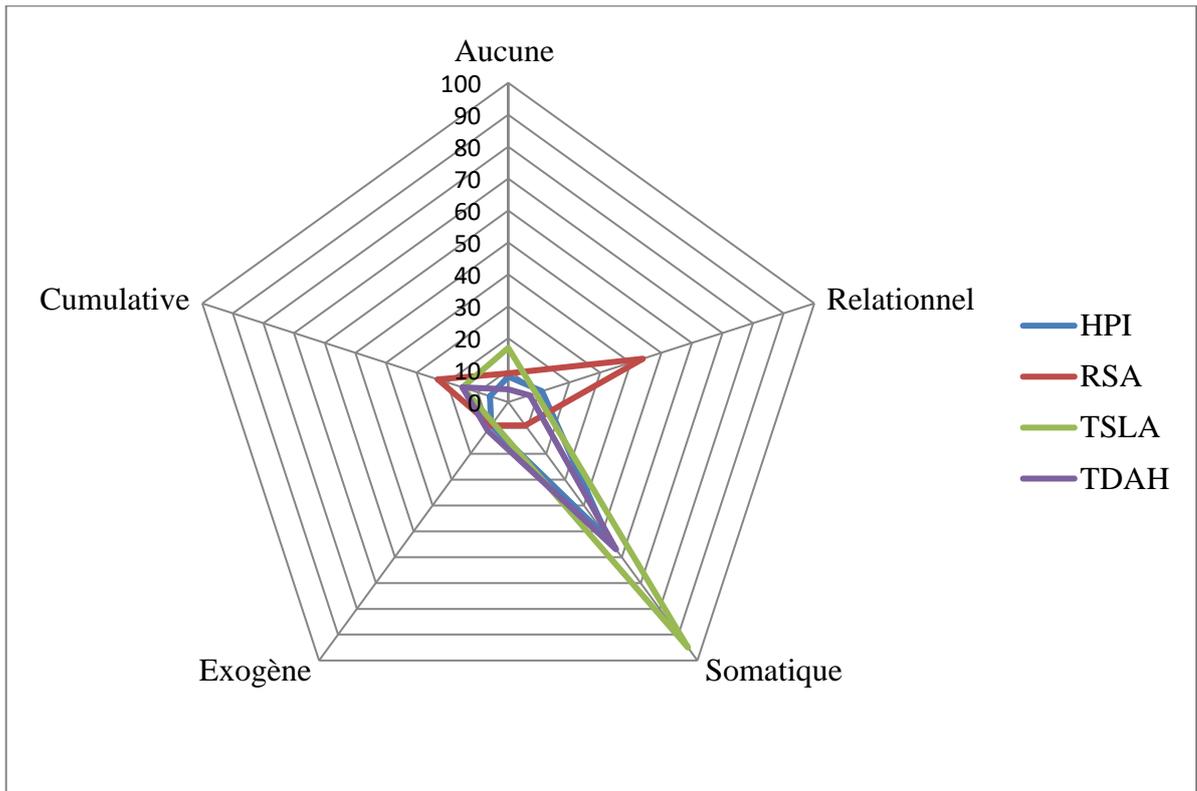
- Aucune (ENDEX 0) : aucune cause évoquée
- Relationnel (ENDEX 1) : causes endogènes, mais ancrées dans la relation à l'autre.
- Somatique (ENDEX 2) : causes endogènes somatiques, propres à l'enfant et seulement à lui. Dans la grande majorité des cas, il s'agit de causes neurologiques ou neurocognitives¹²⁸.
- Exogène (ENDEX 3) : causes exogènes, du fait du milieu dans lequel évolue l'enfant.
- Cumulative (ENDEX 4) : multiplicité des causes évoquées, endogènes et exogènes.

Sur cette base, nous avons produit une série de trois graphiques « radars », croisant les catégories diagnostiques avec la variable d'attribution causale. Ces figures comportent

¹²⁸ Par exemple, l'emploi des expressions « troubles du neurodéveloppement » ou « trouble spécifique des apprentissages » situe l'énoncé du côté d'une attribution causale endogène somatique.

chacune un intérêt pour décrire l'hétérogénéité dans les attributions causales données aux diagnostics scolaires. Nous retrouvons en annexe 5.4. les tableaux (IX, X et XI) constituant la base de chacune de ces figures. Le radar ci-après expose la répartition en valeur brute des occurrences de chaque catégorie diagnostique (n=419) selon l'attribution causale.

Figure 7 — Radar en valeurs brutes des attributions causales pour chacun des diagnostics scolaires

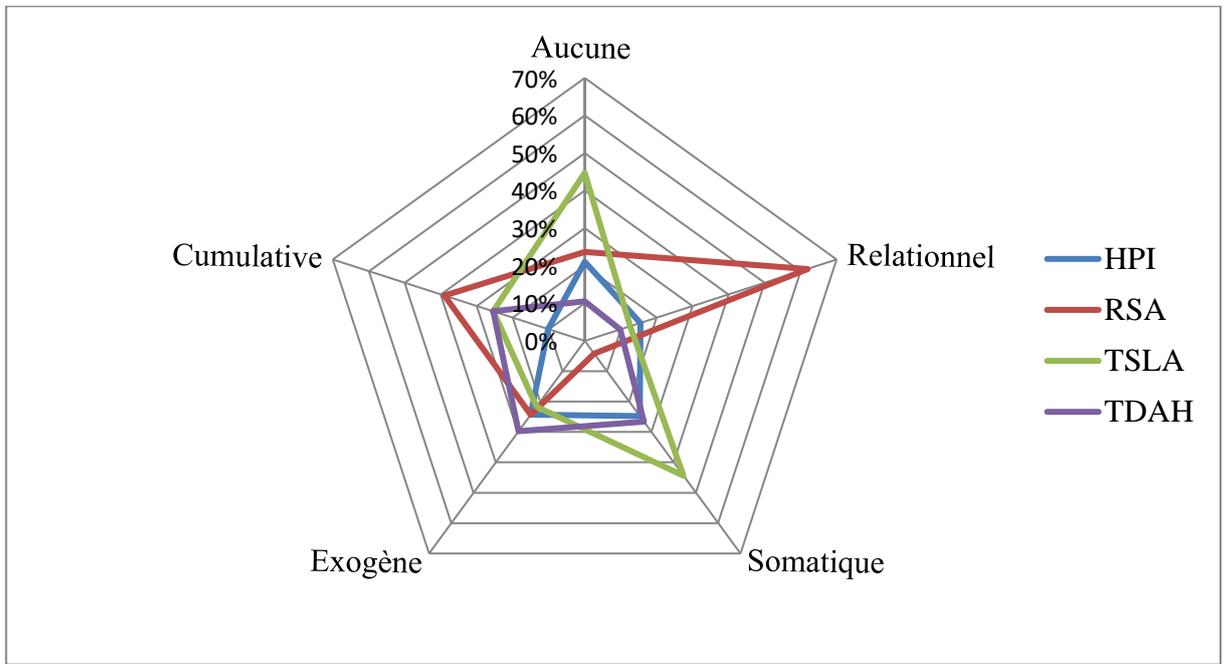


Sur les 144 énoncés mentionnant la catégorie diagnostique TSLA, 95 investissent l'attribution causale endogène somatique

Cette figure montre clairement un investissement majoritaire de l'attribution causale endogène somatique pour l'ensemble des catégories diagnostiques, à l'exception du refus scolaire anxieux (RSA). Nous visualisons ici le discours dominant, que reflète notre carnet de recueil : sur les 419 occurrences mentionnées par nos 300 sources, plus de la moitié (n=214) investissent la causalité endogène somatique. Localiser la cause d'une difficulté d'apprentissage dans le somatique — le plus souvent, neurocognitif — est ici l'explication qui prédomine.

Considérons à présent la seconde figure, représentant l’attribution causale selon les profils-lignes de la variable d’attribution causale :

Figure 8 — Radar des profils-lignes des attributions causales pour chacun des diagnostics scolaires



Pour 100 mentions d’une causalité endogène relationnelle, 62 d’entre elles concernaient le refus scolaire anxieux (RSA)

Nous voyons ici comment chacune des cinq modalités de la variable « ENDEX », investies par les énoncés, se répartit au sein des quatre catégories diagnostiques. Ayant ainsi neutralisé l’influence des investissements inégaux présents dans les valeurs brutes, nous observons une remarquable dispersion : une causalité donnée ne répond pas à une seule catégorie diagnostique.

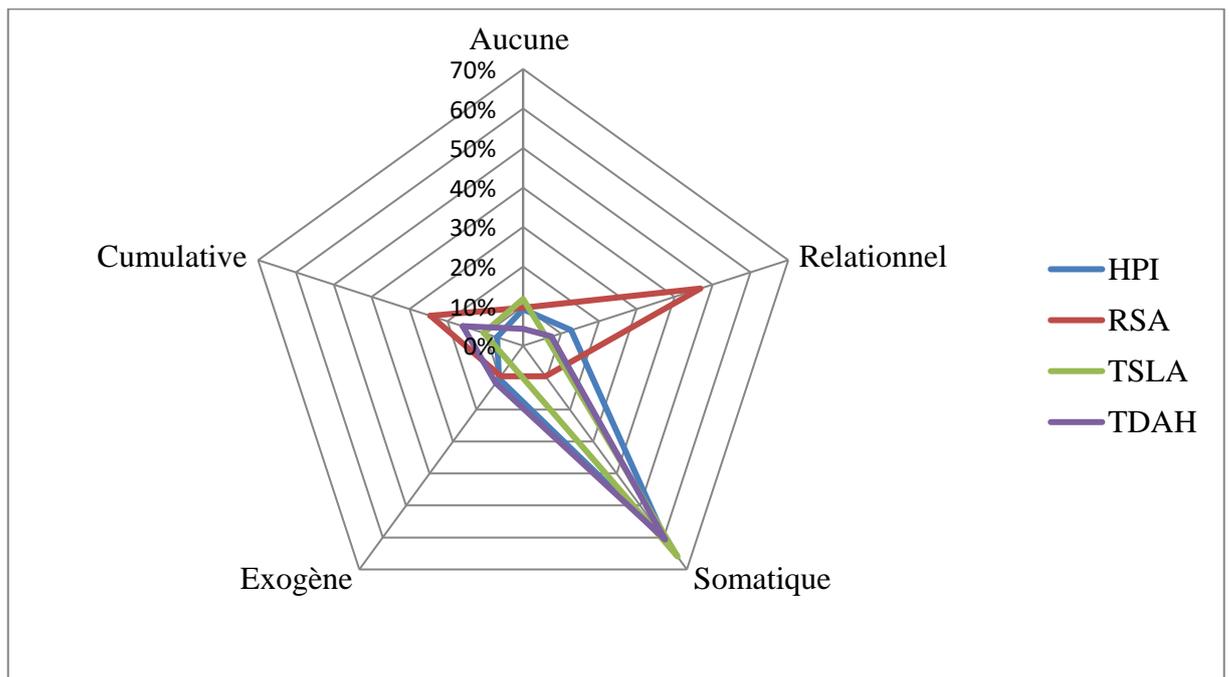
La causalité endogène relationnelle se localise à hauteur de 9,9 % dans la catégorie diagnostique TDAH, contre 62 % dans le refus scolaire anxieux. Se concentrent sur la catégorie des troubles dys (TSLA) l’absence de cause évoquée¹²⁹ (44,7 %) et la cause endogène somatique (44,4 %). L’absence de cause évoquée n’est cependant présente qu’à hauteur de 10,5 % dans la catégorie TDAH. La causalité exogène est la seule à se répartir de

¹²⁹ Les énoncés correspondants sont, pour l’essentiel, des textes officiels ou des rapports statistiques.

manière relativement harmonieuse au sein des quatre catégories diagnostiques. L'attribution causale cumulative (au moins deux causes évoquées) concerne majoritairement le refus scolaire anxieux (39 %) et minoritairement le haut potentiel intellectuel (10,2 %). Le retrait de l'attribution causale endogène somatique de la catégorie diagnostique du refus scolaire anxieux, qu'elle investit à seulement 4,2 %, est notable. Nous voyons ici que le discours dominant concernant les difficultés rencontrées par les élèves dans les apprentissages ne se diffuse pas ou très peu dans les défauts de fréquentation scolaire.

La troisième et dernière figure de cette série permet de compléter cette exploration de la variabilité des attributions causales :

Figure 9 — Radar des profils-colonnes des attributions causales pour chacun des diagnostics scolaires



Pour 100 énoncés citant le haut potentiel intellectuel (HPI), 60,9 investissent l'attribution causale endogène somatique

Ce radar est construit à partir des profils-colonnes de chaque catégorie diagnostique, c'est-à-dire la manière dont se répartissent les quatre catégories diagnostiques dans les modalités de la variable d'attribution causale. Il montre donc la répartition des causalités en

neutralisant les variations dues aux différences de fréquence entre les catégories diagnostiques. On remarque d'emblée qu'il est très similaire au premier radar : le refus scolaire anxieux se singularise sur la causalité endogène relationnelle (46,8 %), tout en étant la catégorie diagnostique investissant le plus l'attribution causale cumulative (24,5 %). Tandis que les trois autres catégories diagnostiques pointent à l'unanimité vers la causalité endogène somatique.

L'entrée par les causalités (profils-lignes) permet de visualiser qu'une cause envisagée ne va pas concerner une seule catégorie diagnostique. Au contraire, lorsqu'on considère les catégories diagnostiques, se dessine clairement la domination d'un discours explicatif issu des neurosciences cognitives, sauf pour ce qui est de la catégorie diagnostique du refus scolaire anxieux. Cette fragmentation des interprétations causales amène avec elle une grande variabilité dans les usages, et ce du repérage à la remédiation. Le fait d'envisager une difficulté scolaire comme étant causée par un fonctionnement neurologique différent, ou bien par une angoisse de séparation, ou encore en n'y attachant aucune cause particulière si ce n'est pédagogique, va engendrer des pratiques extrêmement diverses et inégales entre elles.

Cette analyse permet de faire apparaître une hétérogénéité, certes moins disparate que celle visible dans nos entretiens, mais plus tranchée, et permettant de faire apparaître plus nettement des tendances, nous allons continuer de le voir.

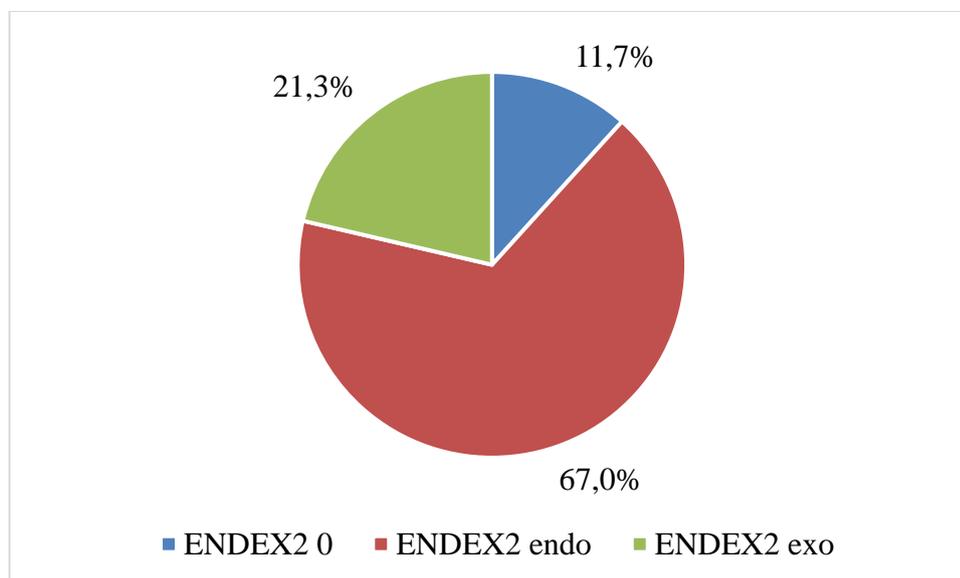
6.1.2. La domination d'un discours endogène

Les analyses qui vont suivre, comme les précédentes, sont issues de notre carnet d'observation ethnographique : en cela, elles constituent le reflet du paysage auquel nous avons affaire lors de ce recueil.

Afin de faire apparaître plus nettement des tendances d'attribution causale endogène ou exogène, nous avons réduit les modalités de notre variable « ENDEX » en la rebaptisant « ENDEX2 ». De cinq modalités, nous arrivons à seulement trois pour cette nouvelle variable : « ENDEX2 0 » correspond au fait de n'évoquer aucune cause ; « ENDEX2 endo » recouvre les causes endogènes, qu'elles soient relationnelles ou somatiques ; et

« ENDEX2 exo » rassemble les attributions causales exogènes et cumulatives¹³⁰. Dans la figure ci-après, nous retrouvons la répartition de cette variable pour les 300 énoncés.

Figure 10 — Répartition des attributions causales rassemblées (ENDEX2)



11,7 % des énoncés, soit 35, n'évoquent pas de cause (ENDEX2 0) au diagnostic cité

Tableau 12 — Répartition de la variable ENDEX2

	Effectifs	%
ENDEX2 0	35	11,70 %
ENDEX2 endo	201	67 %
ENDEX2 exo	64	21,30 %
Total	300	100 %

Sur 300 énoncés, 64 (21,3 %) évoquent une cause exogène au(x) diagnostic(s) scolaire(s) qu'ils mentionnent

Ce regroupement permet de voir nettement se détacher l'écrasante majorité (67 %) des attributions causales endogènes aux diagnostics scolaires dans notre carnet d'observation ethnographique. Il s'agit donc bien du reflet d'un discours aujourd'hui dominant au sein du champ scolaire et dans les politiques publiques éducatives, quel que soit le « trouble » évoqué ; c'est-à-dire qu'il relève d'un défaut de fréquentation scolaire ou d'une difficulté dans les apprentissages. La domination de ce discours ne doit cependant pas nous faire

¹³⁰ Notons que la modalité « cumulative » mêle des causes endogènes et exogènes.

oublier l'étonnante variabilité de l'investissement de chaque catégorie diagnostique par les acteurs, que nous avons pu objectiver au travers de nos entretiens.

Nous avons exploré cette répartition dans chacune des quatre catégories diagnostiques. Pour la suite de cette analyse, nous avons isolé les sources mentionnant un seul diagnostic, qui sont au nombre de 214.

Tableau 13 — Répartition des énoncés mentionnant une seule catégorie diagnostique

	Effectifs	%
TDAH	32	15,0 %
TSLA	67	31,3 %
HPI	51	23,8 %
RSA	64	29,9 %
Total	214	100 %

Sur les 214 sources ne citant qu'une catégorie diagnostique, 64 (29,9 %) mentionnent le refus scolaire anxieux

Comparons l'investissement des variables d'attribution causale à cinq puis à trois modalités. Ci-dessous figure le profil-ligne de chaque catégorie diagnostique selon la variable d'attribution causale à cinq modalités.

Tableau 14 — Profils-lignes des catégories diagnostiques selon l'attribution causale (ENDEX) (n=214)

	Aucune	Relationnel	Somatique	Exogène	Cumulative	Total
TDAH	9,4 %	9,4 %	46,9 %	18,8 %	15,6 %	100 %
TSLA	20,9 %	1,5 %	70,1 %	4,5 %	3,0 %	100 %
HPI	11,8 %	11,8 %	62,7 %	11,8 %	2,0 %	100 %
RSA	14,1 %	53,1 %	1,6 %	9,4 %	21,9 %	100 %

Parmi les 67 énoncés mentionnant uniquement les troubles dys, 70,1 % évoquent une cause endogène somatique

La catégorie du refus scolaire anxieux (RSA) se singularise très nettement : plus de la moitié des énoncés qui la mentionnent comme catégorie unique lui attribuent une cause endogène relationnelle. Elle est également la catégorie qui investit le plus les explications causales cumulatives : des quatre catégories, celle relative aux défauts de fréquentation scolaire semble être davantage perçue comme plurifactorielle. L'attribution causale endogène somatique domine pour les trois autres catégories diagnostiques, surtout celles des troubles dys (TSLA) et du haut potentiel intellectuel (HPI). Nous pouvons illustrer l'étiologie

endogène somatique de cette dernière catégorie. Notre carnet contient par exemple un article publié en langue anglaise par une Professeure en neuropsychologie française, et que nous avons traduit :

« L'enfant à " haut potentiel " pourrait ainsi posséder une forme spécifique de fonctionnement cérébral avec une grande capacité de traitement de l'information à sa disposition, ce qui lui confère une grande flexibilité, des avantages considérables en termes de capacités d'apprentissage et une plus grande plasticité cérébrale que l'enfant moyen. » (Vaivre-Douret, 2011 : 9)

Il contient également un extrait de l'intervention de Fanny Nusbaum, psychologue et chercheuse en neurosciences, lors de la journée de l'association nationale pour les enfants intellectuellement précoces (ANPEIP) en 2019, que nous avons transcrite :

« on propose le terme de philocognition. [...] La cognition, c'est toutes les interactions cérébrales qui permettent de parvenir à un but [...]. Philo, c'est un préfixe pour dire qu'on investit et qu'on aime massivement quelque chose ; qu'on est passionné par ce domaine. Donc ce sont les personnes qui aiment penser, qui ont besoin de penser tout et tout le temps. [...] Trois points pour définir les philocognitifs : hyperspéculation [...] hyperacuité [...] hyperlatence [...]. Il y a des différences entre deux profils, au sein de la philocognition : le profil philo-complexe : en mécanique des fluides, le fluide complexe s'écoule de manière chaotique, multidirectionnelle et imprévisible. [...] et le profil philo-laminaire : en mécanique des fluides, le fluide laminaire s'écoule de manière unidirectionnelle, régulière et prévisible. »

La catégorie « haut potentiel intellectuel » (quel que soit le nom qu'on lui choisisse) est donc, tout comme les troubles dys, solidement ancrée dans le soma de l'individu, et plus précisément dans son cerveau.

Il est également remarquable qu'un cinquième des énoncés mentionnant les troubles dys ne leur attribue aucune cause : il s'agit essentiellement de textes officiels, dont l'objet premier n'est pas d'établir la cause des troubles. Pour la catégorie du TDAH, c'est l'attribution causale exogène qui vient en deuxième, dans 18,8 % des énoncés. C'est en effet la catégorie diagnostique pour laquelle on retrouve le plus d'étiologies liées à l'environnement de l'enfant : l'abus d'écrans, les perturbateurs endocriniens, une éducation considérée comme peu contraignante, etc. Nous pouvons citer quelques exemples, dont une publication en ligne du CNRS faisant état d'une recherche sur les conséquences des perturbateurs endocriniens :

« Le groupe révèle aussi que 316 cas d'autisme et entre 19 400 et 31 200 cas d'hyperactivité peuvent être attribuables aux perturbateurs endocriniens » (Mussat, 2015)

Et une allocution du Pr Daniel Marcelli lors des journées de la société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des disciplines associées (SFPEADA) de 2019, et que nous avons transcrite :

« Il y en a de plus en plus : vous pensez qu'en quelques générations, le cerveau a changé à ce point que le TDAH explose ? Non, c'est parce qu'on n'est plus sur un modèle d'éducation, une société basée sur le refoulement, le fait de réfréner ses pulsions et ses mouvements. Aujourd'hui, l'éducation favorise la découverte, et aussi l'agitation ; c'est la question du modèle social. On ne peut pas penser que l'hyperactivité n'a pas de lien avec les conditions éducatives ! »

Examinons à présent le tableau ci-dessous, similaire au premier, mais avec la réduction à trois modalités d'attribution causale.

Tableau 15 — Profils-lignes des catégories diagnostiques selon l'attribution causale (ENDEX2) (n=214)

	ENDEX2 0	ENDEX2 endo	ENDEX2 exo	Total
TDAH	9,4 %	56,3 %	34,4 %	100 %
TSLA	20,9 %	71,6 %	7,5 %	100 %
HPI	11,8 %	74,5 %	13,7 %	100 %
RSA	14,1 %	54,7 %	31,3 %	100 %

Parmi les 51 énoncés mentionnant uniquement le haut potentiel intellectuel, 74,5 % évoquent une cause endogène (ENDEX2 endo)

La tendance est ici bien plus nette. Une fois les causalités somatique et relationnelle rassemblées, quelle que soit la catégorie diagnostique évoquée, les énoncés investissent en majorité une causalité endogène (ENDEX2 endo). Le refus scolaire anxieux (RSA) et le TDAH apparaissent cependant comme tendant vers des explications plus exogènes, ou plurifactorielles.

Nous avons enfin comparé la répartition des attributions causales à trois modalités (« ENDEX2 ») dans notre matrice et pour chaque catégorie diagnostique (à travers les énoncés mentionnant une seule catégorie). Pour la catégorie du TDAH, le khi-deux n'est pas calculable (effectifs théoriques < 5). Pour celle du HPI, il n'est pas significatif : il n'y a pas de différence avec la distribution de la variable ENDEX2 entre les énoncés mentionnant le HPI et les autres.

Nous posons l'hypothèse nulle selon laquelle la distribution des types de causalité pour les troubles dys (TSLA) ne diffère pas de celle des trois autres catégories de diagnostics scolaires (Autres).

Tableau 16 — Le type de causalité pour TSLA est-il ajusté à celui des autres diagnostics ? Khi-deux d'ajustement

	ENDEX2 0	ENDEX2 endo	ENDEX2 exo	Total
TSLA ni	14	48	5	67
TSLA n'i	6,0	44,0	17,0	67
Contrib.	+54,39 %	+1,89 %	-43,73 %	
Autres ni	21	153	59	233

$$\chi^2 = 19,30 ; s. ; p. < 0.001$$

Le khi-deux est significatif, H_0 est donc rejetée, il existe en effet une spécificité de l'attribution causale pour les troubles dys. Il y a donc plus d'énoncés qu'attendu, par rapport aux autres, qui n'évoquent aucune cause : la fréquence des textes officiels mentionnant les troubles dys dans notre carnet peut expliquer cet écart. Moins d'énoncés qu'attendu évoquent une cause exogène, ce qui marque d'autant plus fortement la quasi-absence d'explication causale autre qu'endogène pour ces troubles.

Du côté du refus scolaire anxieux, si le test statistique est significatif pour la variable ENDEX2 ($p = 0,016$ cf. tableau XII en annexe 5.5.), il l'est encore plus lorsqu'on revient à la variable ENDEX, comme nous l'observons dans le tableau ci-dessous.

Tableau 17 — Le type de causalité pour RSA est-il analogue à celui des autres diagnostics (Khi-deux d'ajustement) ?

	Aucune	Relationnel	Somatique	Exogène	Cumulative	Total
RSA ni	9	34	1	6	14	64
RSA n'i	7,1	6,0	39,1	5,4	6,5	64
Contrib.	+0,30 %	+73,99 %	-20,83 %	+0,03 %	+4,84 %	
Autres ni	26	22	144	20	24	236

$$\chi^2 = 178,0 ; s. ; p. < 0.001$$

On rejette H_0 ; on peut donc affirmer l'existence d'une spécificité dans l'attribution causale de RSA sur les autres diagnostics : c'est la modalité endogène relationnelle qui est beaucoup plus investie, au détriment de la modalité endogène somatique. Nous voyons ici clairement la singularité de ce diagnostic dans notre carnet d'observation, qui, bien que considéré majoritairement comme ayant une cause endogène, est presque toujours interprété comme prit dans une altérité.

Résumons : la grande majorité des attributions causales sont endogènes (ENDEX2 endo), mais chaque catégorie diagnostique comporte des particularités, au sein de notre carnet d'observation ethnographique. Le refus scolaire anxieux se singularise par l'investissement de la cause endogène relationnelle avec la variable ENDEX, mais aussi de la cause exogène avec cette fois-ci la variable ENDEX2 (31,3 % des énoncés). Pour ce dernier point, c'est également le cas du TDAH (ENDEX2 exo = 34,4 %). 91 % des énoncés mentionnant la catégorie des troubles dys sont répartis en deux modalités d'attribution causale sur cinq (ENDEX : endogène somatique à 70,1 % et aucune cause à 20,9 %). Enfin, si l'on compare la répartition des attributions causales pour chaque catégorie diagnostique avec la répartition présente dans l'ensemble de la matrice, ce sont les catégories des troubles dys et du refus scolaire anxieux qui se singularisent.

Nous avons identifié deux autres variables permettant de rendre compte de la manière dont les énoncés évoquent des diagnostics scolaires (cf. dictionnaire des variables en annexe 5.1.). La variable ENTREE indique la façon dont chaque énoncé aborde le(s) diagnostic(s).

- Si l'entrée prise est celle des individus (élèves, familles, professionnels, etc.), on code ENTREE 0. Cela recouvre, par exemple, des descriptions des troubles ou des témoignages de personnes concernées.
- Si l'énoncé entre plutôt par les institutions ou les systèmes (éducatif, de santé), on code ENTREE 1. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'une présentation de dispositif ou de l'explication de l'organisation du dépistage.

La variable PSY montre si l'énoncé mentionne ou non des difficultés psychologiques. C'est une variable qui peut être trompeuse, car elle n'implique pas un pur caractère endogène.

- On code PSY 1 lorsque des difficultés psychologiques sont associées au(x) diagnostic(s), à type d'affects dépressifs, d'angoisse de séparation, ou de difficultés relationnelles engendrant de l'anxiété. C'est-à-dire que ces difficultés psychologiques sont souvent prises dans une interaction du sujet avec son environnement.
- On code PSY 0 lorsqu'aucune difficulté psychologique n'est évoquée¹³¹.

Les distributions des catégories du TDAH et du HPI ne présentent pas de différence, chacune, avec les autres énoncés de la matrice. Nous trouvons cependant moins d'énoncés évoquant les troubles dys (TSLA) entrant par les individus (ENTREE 0), et beaucoup plus entrant par les institutions (ENTREE : $p. < 0.001$ cf. tableau XIII en annexe 5.5.). En cohérence, il y a également moins d'énoncés qu'attendu citant une dimension psychologique (PSY 1 ; $p. < 0.001$ cf. tableau XIV en annexe 5.5.) pour cette catégorie diagnostique. Pour la catégorie du refus scolaire anxieux, il y a moins d'énoncés qu'attendu entrant par les institutions (ENTREE 1 ; $p = 0,003$ cf. tableau XV en annexe 5.5.), et plus qu'attendu mentionnant une dimension psychologique (PSY 1 : $p. < 0.001$ cf. tableau XVI en annexe 5.5.), ce qui va de pair avec les explications endogènes relationnelles à ce trouble. Autrement dit, nous observons ici la tendance, présente dans notre carnet d'observation ethnographique, à ramener le refus ou la phobie scolaire à des difficultés d'ordre psychologique¹³². Rapportons quelques énoncés de notre carnet :

Dans notre carnet d'observation ethnographique, figure le chapitre d'un ouvrage collectif édité par l'association phobie scolaire :

¹³¹ Ou bien en présence d'une simple préconisation de bilan psychologique, qui ne dit rien d'une réelle difficulté identifiée.

¹³² Rappelons que cette variable recouvre des difficultés psychologiques mettant en jeu le sujet par rapport à son environnement (angoisse de séparation, difficultés relationnelles engendrant de l'anxiété, etc.).

« Contrairement à certaines idées reçues, la phobie scolaire est une réalité clinique ancienne et ne peut s'apparenter à un phénomène de "mode" [...] la très grande majorité des études considèrent qu'il ne s'agit pas d'une peur de l'école, mais davantage de difficultés psychologiques multiples. » (Gallé-Tesson, 2016 : 193-195)

Puis un article en ligne du magazine *Au féminin* :

« Les causes diffèrent selon la personnalité de l'enfant et son histoire propre, mais le plus souvent la phobie scolaire est :

- Le prolongement d'une anxiété sociale, suite de manifestations d'angoisses de séparation dans la petite enfance.
- La conséquence d'une peur concernant la santé de ses parents (suite au deuil récent d'un proche, la maladie d'un parent...). L'enfant a besoin de ne pas s'éloigner pour surveiller si tout va bien.
- D'une peur liée à un traumatisme subi à l'école (agressions, rackets, violences morales ou physiques) » (Jonquères d'Oriola, 2017)

Ou encore un article paru dans *L'information psychiatrique* :

« le terme de refus scolaire anxieux est préféré aujourd'hui à celui de phobie scolaire puisque les enfants n'ont pas peur de l'école mais peur de la séparation ou du regard des autres alors même qu'ils peuvent aimer l'école et les apprentissages » (Guivarch *et al.*, 2018 : 682)

Concernant la catégorie des troubles dys, les discours de notre population rejoignent et reflètent le discours politique et dominant, qui les considère comme des troubles neurodéveloppementaux¹³³, donc de nature somatique. C'est en toute logique que cette catégorie est ici associée au fait de ne pas mentionner de dimension psychologique. Par exemple, figure dans notre carnet une définition des dyspraxies relayée par l'association Dyspraxie France Dys :

« Selon le docteur Michèle Mazeau, un geste est un ensemble de mouvements coordonnés dans le temps et l'espace en vue de la réalisation d'une action volontaire, finalisée. Le docteur Michèle Mazeau définit les dyspraxies comme étant des "anomalies de constitution des gestes et de l'organisation visuo-spatiale", le docteur Alain Pouhet définit les dyspraxies comme étant "une pathologie de la conception et/ou de la planification-programmation donc de la réalisation des gestes appris". » (Association Dyspraxie France Dys, 2019)

Mais aussi une définition de la dyslexie donnée par deux sociologues dans un ouvrage coécrit :

¹³³ Par les nomenclatures en vigueur (DSM-5, repris comme nous l'avons vu plus haut par les textes officiels).

« La dyslexie peut parfois être un trouble acquis, dû à des lésions cérébrales, et doit être alors traitée médicalement. Le plus généralement, il s’agit de dyslexie de développement qui est un trouble spécifique et durable de l’acquisition du langage écrit. » (Horellou-Lafarge et Segré, 2016 : 58)

Ou encore l’intervention du Dr Monge lors de la journée nationale des Dys organisée en Isère en 2017, qui explique que les troubles dys sont :

« [des] troubles qui touchent un ou plusieurs domaines cognitifs, entraînant un retentissement sur les apprentissages (comorbidité fréquente). [...] “Troubles neuro-développementaux” d’origine neurobiologique (facteurs de prédisposition génétique et environnementaux). » (Monge, 2017)

Le discours dominant, interprétant les difficultés scolaires par des causes endogènes à l’élève, se reflète ainsi dans notre carnet d’observation ethnographique. Toutefois, nous avons pu mettre en lumière une certaine variabilité selon la catégorie diagnostique évoquée, par comparaison avec l’ensemble de notre matrice. Cette comparaison reste évidemment interne à nos résultats d’enquête, reflet d’une position située à la croisée des champs scolaire, éducatif, sanitaire et médico-social. Nous pouvons cependant en retenir la singularisation plus marquée des diagnostics de troubles dys (TSLA) et du refus scolaire anxieux (RSA) au sein de l’ensemble de notre matrice. L’entrée par les individus est privilégiée pour évoquer ces deux catégories diagnostiques, par rapport à l’ensemble de la matrice. Les causes attribuées aux troubles dys sont majoritairement endogènes, mais on trouve aussi beaucoup d’énoncés n’évoquant aucune cause, en lien avec la multiplicité des textes officiels (lois, circulaires, arrêtés, etc.) concernant cette catégorie diagnostique. Le refus scolaire anxieux se singularise par l’investissement d’une cause endogène relationnelle, non sans lien avec la dimension psychologique surinvestie pour cette même catégorie, tandis qu’elle est déniée lorsque ce sont les troubles dys qui sont évoqués.

Nous allons à présent explorer, toujours à partir de notre carnet d’observation ethnographique, les liens entre certaines conceptions et définitions des diagnostics scolaires et les positions des acteurs dans le champ éducatif.

6.2. Singularités des définitions et similitudes des diagnostics

Dans ce second sous-chapitre, nous allons dans un premier temps tenter d'objectiver quelques liens entre les énoncés émis et les positions des acteurs dans leurs champs respectifs. Nous en viendrons, dans un second temps, à poser et argumenter l'hypothèse d'une analogie structurelle entre les différents diagnostics scolaires, en exposant leurs nombreux points communs.

6.2.1. Liaison avec les positions et Arrière-plans des acteurs

Afin d'explorer les différences de causalité des diagnostics scolaires selon le statut des auteurs, examinons deux tableaux de profils-lignes ainsi que les résultats d'une analyse factorielle des correspondances.

Tout d'abord, existe-t-il des contrastes dans la sollicitation des causalités aux diagnostics scolaires selon le statut des auteurs, dans les 300 énoncés de notre carnet d'observation ? Considérons le tableau ci-dessous, qui présente les profils-lignes des statuts des auteurs selon les causalités attribuées aux diagnostics.

Tableau 18 — Profils-lignes des statuts des auteurs selon les attributions causales

	Aucune	Relationnel	Somatique	Exogène	Cumulative	Total
Politiques	32,26 %	0 %	67,74 %	0 %	0 %	100 %
Universitaires	11,11 %	13,89 %	22,22 %	30,56 %	22,22 %	100 %
Pros santé	3,57 %	32,14 %	42,14 %	7,14 %	15,00 %	100 %
Journalistes	18,18 %	9,09 %	60,61 %	3,03 %	9,09 %	100 %
Pros éducation	15,38 %	7,69 %	57,69 %	0 %	19,23 %	100 %
Parents	17,65 %	2,94 %	64,71 %	11,76 %	2,94 %	100 %

60,61 % des énoncés de notre carnet d'observation émis par des journalistes attribuent une cause endogène somatique au diagnostic qu'ils évoquent

Pour chaque catégorie d'auteurs, à l'exception des universitaires, c'est la cause endogène somatique qui est la plus occurrente. Elle l'est très largement chez les politiques (67,74 %), les parents et associations de parents (64,71 %), les journalistes (60,61 %) et les professionnels de l'éducation (57,69 %). On la retrouve dans une moindre mesure chez les

professionnels de santé (42,14 %), suivie par la cause endogène relationnelle (32,14 %). Les universitaires présentent la répartition des causes la plus équilibrée : la causalité exogène est la plus sollicitée (30,56 %), puis les causalités endogène somatique et cumulative (22,22 % pour chacune).

Il est notable que les professionnels de santé sollicitent massivement les causes endogènes (74,28 % lorsqu'on réunit relationnel et somatique). Ces acteurs sont très peu à n'attribuer aucune cause au(x) diagnostic(s) cité(s) (3,57 %), ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils soient sommés de traiter les diagnostics en question : il faut bien, pour cela, avoir une idée sur l'étiologie du trouble. Ils évoquent également très peu la causalité exogène (7,14 %), ce que l'on peut interpréter comme étant lié à la manière dont ils interagissent avec les enfants porteurs de troubles et leurs familles, soit essentiellement de manière duelle, au sein d'un cabinet ou d'un service de soin.

Les politiques et les parents investissent la modalité endogène somatique en premier lieu, puis celle n'attribuant aucune cause aux diagnostics en second lieu (à 32,26 % pour les politiques et 17,65 % pour les parents). Pour les politiques, ces deux modalités sont les seules évoquées. Les parents sollicitent très peu la cause endogène relationnelle ainsi que la cause cumulative (2,94 % pour chacune). Les journalistes sollicitent très peu la cause exogène (3,03 %), mais aussi celles endogène relationnelle et cumulative (9,09 % pour chacune). Ils sont 18,18 % à n'évoquer aucune cause.

Les professionnels de l'éducation n'évoquent jamais de cause exogène, mais ils se situent à 19,23 % pour la cause cumulative. Ce dernier résultat pourrait indiquer que ces professions se situent à la croisée de plusieurs visions de l'enfant. En effet, si les politiques encadrant leur pratique les incitent à percevoir l'enfant et ses difficultés sur un versant somatique, ces professionnels ont également affaire aux familles ainsi qu'à des professionnels de santé de terrain (médecin et psychologues scolaires, professionnels externes à l'éducation nationale) travaillant selon différentes orientations théoriques (c'est-à-dire non seulement neurocognitives). Nous pouvons mettre ce résultat en lien avec celui issu de nos données d'entretien, dans l'analyse des correspondances multiples présentée plus haut (partie 5.1.2.). Nous avons vu que sur les 20 enseignantes de notre échantillon, celles exerçant en milieu défavorisé/REP ou en hôpital de jour (accueillant une population mixte) n'investissaient que peu les remédiations recommandées par les professionnels de santé. Le contexte d'exercice pourrait bien être un facteur de différenciation de leurs représentations au sujet des

diagnostics scolaires : certaines actrices, notamment celles exerçant dans les milieux les plus défavorisés, semblent moins enclines à envisager les diagnostics scolaires comme uniquement endogènes, mais bien plus dans une dimension plurifactorielle.

Le tableau ci-après complète le premier, en présentant les profils-lignes des causes attribuées aux diagnostics en fonction des statuts des auteurs :

Tableau 19 — Profils-lignes des attributions causales selon les statuts des auteurs

	Politiques	Universitaires	Santé	Journalistes	Éducation	Parents	Total
Aucune	28,57 %	11,43 %	14,29 %	17,14 %	11,43 %	17,14 %	100 %
Relationnel	0 %	8,93 %	80,36 %	5,36 %	3,57 %	1,79 %	100 %
Somatique	14,48 %	5,52 %	40,69 %	13,79 %	10,34 %	15,17 %	100 %
Exogène	0 %	42,31 %	38,46 %	3,85 %	0 %	15,38 %	100 %
Cumulative	0 %	21,05 %	55,26 %	7,89 %	13,16 %	2,63 %	100 %

28,57 % des énoncés de notre carnet d'observation n'évoquant aucune cause aux diagnostics mentionnés sont émis par des politiques

La cause endogène relationnelle est contenue à 80,36 % dans la catégorie des professionnels de santé : c'est une écrasante majorité. La cause cumulative est sollicitée à 55,26 % par ces mêmes professionnels, et à 21,05 % par les universitaires. Elle est cependant très peu mobilisée par les parents et journalistes, comme nous l'avons déjà observé dans le tableau précédent. Le fait de n'avancer aucune cause se répartit de manière assez équilibrée entre les différentes catégories d'acteurs, même si elle reste plus importante du côté des politiques (28,57 %). La cause exogène est plus sollicitée par les universitaires (42,31 %), mais aussi les professionnels de santé (38,46 %). Comme vu plus haut, cette cause n'est pas du tout évoquée par les politiques et les professionnels de l'éducation. La cause endogène somatique est investie en majorité par les professionnels de santé (40,69 %), et relativement par les parents (15,17 %), les politiques (14,48 %) et les journalistes (13,79 %). Les universitaires se démarquent ici, en étant auteurs de seulement 5,52 % des énoncés sollicitant cette cause.

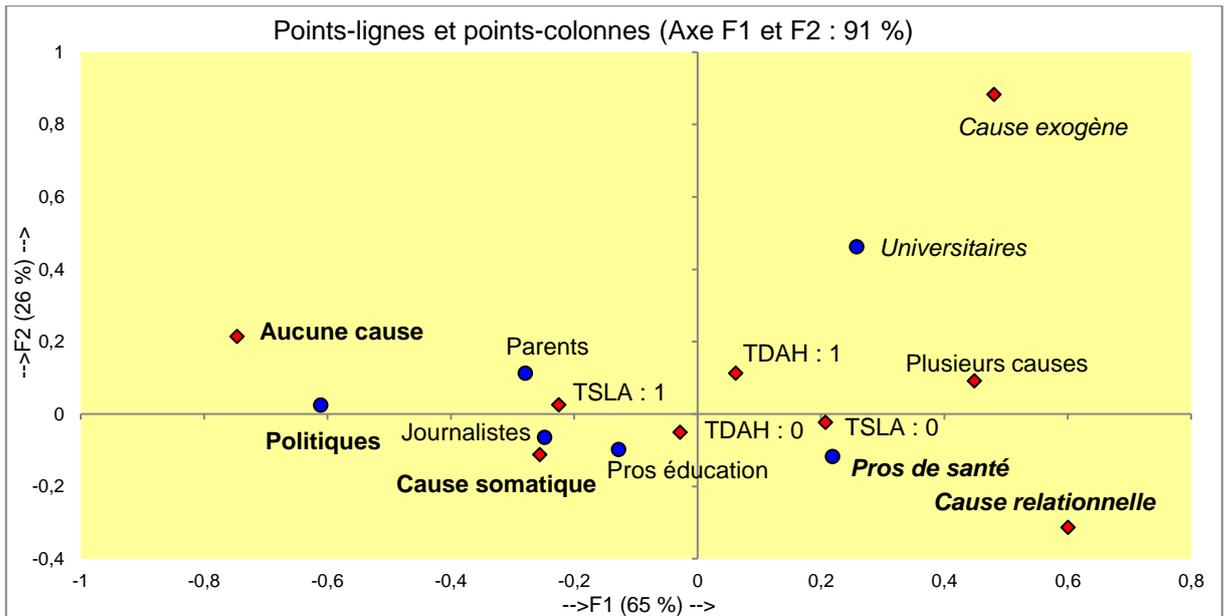
Ces deux tableaux nous permettent d'avoir une visibilité sur les contrastes dans la répartition des causes évoquées par les acteurs des différents champs. Ainsi, si le discours d'une cause endogène aux diagnostics scolaires reste dominant, des singularités existent, notamment chez les universitaires de notre carnet d'observation.

Nous allons compléter et préciser ces premiers résultats par une analyse factorielle des correspondances, qui apporte un éclairage sur les proximités entre les positions des différents acteurs, les causes attribuées et deux des catégories diagnostiques. Nous y avons inclus quatre variables :

- La variable permettant de qualifier le statut de l'auteur (institutions ou personnes) de chaque énoncé. Elle comporte six modalités : politique et autorités publiques (ministères, Haute Autorité de Santé, etc.), universitaires (sauf les auteurs issus de disciplines ayant une dimension clinique, comme la psychologie : ces derniers sont inclus dans la catégorie suivante), professionnels de santé (sont incluses ici les institutions de santé telles que les centres de bilans), journalistes, enseignants et professionnels de l'éducation (sont inclus les AESH, les CPE, les établissements spécialisés), et les parents d'enfants porteurs de diagnostics scolaires (ou association de parents) ;
- La variable d'attribution causale, avec ses cinq modalités (« ENDEX ») ; que nous avons déjà présentée ;
- Les deux variables du TDAH et des troubles dys (« TSLA »), où deux modalités sont circonscrites à chaque fois. Pour chacune de ces variables, soit l'énoncé évoque le trouble (TDAH : 1 ; TSLA : 1) ; soit il ne l'évoque pas (TDAH : 0 ; TSLA : 0).

Le choix de n'inclure que ces deux catégories diagnostiques, qui sont celles figurant nommément dans le DSM-5, se justifie par le fait qu'elles sont *a priori* les mieux définies : les professionnels peuvent s'appuyer sur ce manuel faisant référence. La restriction de l'analyse à ces deux diagnostics devrait permettre une relative homogénéité dans les étiologies évoquées par les auteurs, puisque nous avons vu plus haut que ces causalités étaient essentiellement de nature endogène somatique. Considérons donc l'analyse factorielle des correspondances (AFC) ci-dessous :

Figure 11 — Analyse factorielle des correspondances (carnet d'observation ethnographique)



Dans l'analyse de cette AFC, nous nous limiterons au plan principal qui résume 91 % de l'inertie de notre matrice. En gras figurent les variables contribuant le plus pour l'axe 1, et en italique celles contribuant le plus pour l'axe 2.

Sur l'axe 1 (65 %), deux modalités de la variable du statut des auteurs, politiques et professionnels de santé expliquent à eux seuls 70,9 % de l'inertie de l'axe 1. Trois des modalités (aucune, relationnelle et somatique) de la variable d'attribution causale contribuent à hauteur de 63,68 % en points-colonnes (nous retrouvons les tableaux complets des contributions en annexe 5.6. : tableaux XVII et XVIII).

Les auteurs du champ politique (ctr = 44,87 %) se singularisent en étant les plus proches de l'absence de cause évoquée aux diagnostics. Cela s'explique aisément par le rôle même des textes et discours officiels, qui n'ont pas vocation à explorer les étiologies des troubles autour desquels ils légifèrent. À l'intérieur de la catégorie politique, ce sont les articles de lois et les rapports statistiques (par exemple, ceux copubliés par la DEPP et le ministère) qui investissent le plus l'absence d'étiologie (ctr = 25,20 %). Alors que ce sont plutôt les circulaires, allocutions et stratégies nationales qui sont associées à une cause endogène somatique aux troubles.

L'attribution causale endogène somatique (ctr = 12,25 %) est également très investie par les parents et les journalistes, notamment lorsqu'il s'agit d'évoquer les troubles dys (TSLA : 1). Toujours sur l'axe 1, à l'opposé, les professionnels de santé (ctr = 26,03 %) se rapprochent de l'attribution causale endogène relationnelle (ctr = 26,13 %). Ces mêmes professionnels

sont également assez proches d'une pluralité de causes attribuées aux diagnostics. Nous pouvons interpréter cela comme la résultante d'un exercice professionnel nécessitant une anamnèse et un suivi sur le moyen ou long terme ; pouvant amener une connaissance fine des dynamiques relationnelles familiales, mais aussi d'un ensemble de facteurs pouvant rentrer en ligne de compte dans les troubles. Nous pouvons également analyser ce résultat en regard de la diversité des orientations théoriques guidant les pratiques de ces professionnels (neurocognitive, comportementale, psychanalytique, systémique, etc.).

Sur l'axe 2 (26 % de l'inertie totale), ce sont les universitaires et les professionnels de santé qui contribuent le plus en points-lignes (92,03 %). En points-colonnes, ce sont les attributions causales exogène et relationnelle qui contribuent à hauteur de 82,02 %.

L'étiologie exogène (ctr = 64,49 %) se distingue et s'oppose à l'étiologie relationnelle (ctr = 17,53 %). Ce sont tout de même les universitaires (ctr = 73,40 %) qui évoquent le plus la causalité exogène. La causalité endogène relationnelle est plutôt sollicitée par les professionnels de santé (ctr = 18,63 %).

Nous observons donc que l'hétérogénéité dans les causes attribuées aux diagnostics — même ceux figurant dans les nosographies — paraît liée en partie aux statuts des auteurs. Autrement dit, la position dans le champ (contexte d'exercice, statut) et les Arrière-plans (histoire, formation, idéaux pédagogiques et soignants, etc.) des acteurs semblent bien influencer sur leurs manières d'envisager les diagnostics scolaires. Ce résultat souligne l'intérêt et la pertinence d'une approche anthropologique de la manière dont sont identifiées et interprétées les manières d'être des élèves. Nous l'avons vu très clairement au travers de nos entretiens : envisager une difficulté ou un trouble comme étant causé par un dysfonctionnement neurocognitif n'entraîne pas les mêmes actions pédagogiques que de le percevoir comme résultant de facteurs culturels ou socioéconomiques. Dans le premier cas, les acteurs auront tendance à s'informer sur les diagnostics en question (neurodéveloppementaux, haut potentiel, etc.) ainsi que sur les remédiations préconisées (matériel adapté, aménagements pédagogiques, rééducations externalisées) et à les mettre en place de manière plus ou moins formalisée. Ils auront également tendance, nous l'avons vu, à plus repérer les élèves potentiellement porteurs de troubles, ou à se positionner en faveur de ce repérage. Dans le second cas, où le trouble est plutôt perçu comme résultant de causes

exogènes, les acteurs feront appel à des remédiations beaucoup plus diversifiées et tenant à leurs propres initiatives, pour ce qui concerne les enseignants (songeons à la lecture chorale chez Mme Fa., à l'appel à une créativité pédagogique par Mme F., en opposition à la rééducation orthophonique qu'elle dénonce comme systématique, etc.). De manière générale, ces acteurs, quel que soit leur statut et leur position dans le champ, s'attarderont beaucoup plus sur l'élève en tant que sujet, pris dans sa globalité, et chercheront pour la plupart à mettre de côté l'étiquette qui a été apposée, la percevant parfois comme empêchante (nous pouvons penser aux dires de M. E., Mme D., Mme N., etc.).

L'hétérogénéité perceptible des définitions des diagnostics scolaires nous amène à une question cruciale : si aucun d'entre eux ne se singularise par des caractéristiques propres et fixes, qu'est-ce qui peut finalement les différencier ? Les quatre catégories diagnostiques que nous avons isolées sont-elles véritablement distinctes dans leurs formes, leurs usages, leurs effets ? C'est à ces questions que nous allons répondre à présent.

6.2.2. L'analogie structurelle des diagnostics scolaires

L'hypothèse forte que nous avons avancée en problématisant nos questionnements est celle d'une analogie structurelle entre les quatre catégories de diagnostics scolaires que nous avons étudiées. Nous allons ici développer les arguments en faveur de cette hypothèse, et exposer ce que nous pouvons en dire à partir de nos résultats d'enquête. Comme le rappelle Gonon, le diagnostic d'un trouble ou d'une pathologie d'ordre psychiatrique est de nature clinique :

« la psychiatrie peine à s'ancrer dans le biologique. En effet, aucun marqueur biologique (par exemple test génétique, imagerie cérébrale) n'a encore été validé pour contribuer au diagnostic des maladies mentales » (Gonon, 2010 : 39)

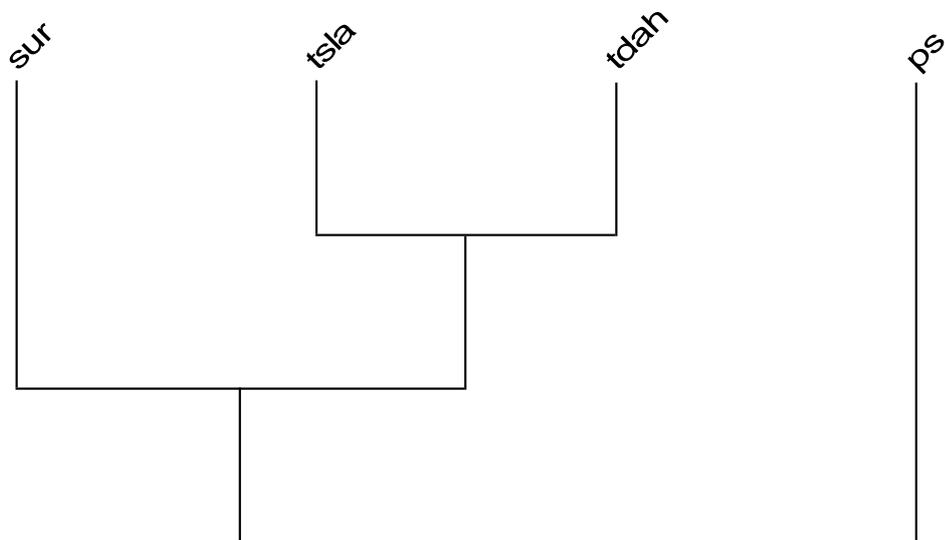
Aussi, il ne serait pas significatif de procéder à une comparaison entre, par exemple, un trouble spécifique des apprentissages et une pathologie somatique comme la grippe. Cependant, cela ne nous empêche pas de nous baser sur la clinique sous-tendant ces diagnostics d'une part, et sur les effets qu'ils produisent sur le terrain d'autre part, afin de les comparer. Nous allons donc, pour cette partie de l'analyse, retenir les formes que

recouvrent ces diagnostics, la manière dont ils sont perçus et parlés au sein des différents champs concernés, ainsi que ce qu'ils produisent en termes d'effets et dispositifs.

Nous l'avons vu à travers les rapports officiels, le champ scientifique reconnaît la diversité des définitions données aux quatre catégories diagnostiques que sont le haut potentiel, le refus scolaire, les troubles dys et le TDAH. Notre enquête a montré combien ces « troubles » étaient hétérogènes, sur le terrain, dans les usages qui en sont faits par les acteurs. Forte de ces deux constats, nous avançons ici l'hypothèse d'une structure analogue à ces différents troubles. Autrement dit, nous leur supposons un squelette commun, soit bien plus qu'une simple base de nature scolaire qui les réunirait.

Tout d'abord, il est évident que deux de ces catégories diagnostiques se ressemblent particulièrement entre elles : celle des troubles dys (TSLA) et du TDAH, qui appartiennent à la classe des troubles neurodéveloppementaux dans le DSM-5. Dans la figure ci-dessous, formée à partir de notre carnet d'observation ethnographique, nous pouvons apprécier les similarités de ces classes :

Figure 12 — Arbre des similarités des quatre catégories diagnostiques



La catégorie « SUR » (pour surdoué) correspond ici au haut potentiel intellectuel et la catégorie « PS » (pour phobie scolaire) au refus scolaire anxieux

Les deux catégories TSLA (troubles dys) et TDAH apparaissent donc très similaires, et se relient en premier avec la catégorie du haut potentiel intellectuel (« SUR »), tandis que la catégorie du refus scolaire anxieux (« PS ») se singularise. Cependant, nous pouvons trouver beaucoup plus de points communs que de différences à ces quatre catégories. Combien de critères pouvons-nous énoncer avant de pouvoir clairement reconnaître une de ces quatre catégories ? Nous nous sommes prêtée à cet exercice des similitudes, que nous présentons dans le tableau ci-dessous.

Tableau 20 — Similitudes entre les catégories diagnostiques

Les difficultés se manifestent à l'école et sont repérées dans le cadre scolaire			
Il comporte un risque de décrochage scolaire			
Il n'a aucune cause physique / neurologique établie			
Il nécessite des investigations médicales et/ou paramédicales, sous la forme de consultations et/ou bilans			
Le diagnostic est clinique : il est posé uniquement à partir des observations et évaluations des professionnels			
Ses critères diagnostiques sont larges, variables et rattachés au scolaire			
Les études scientifiques mentionnent un risque de comorbidité avec une ou plusieurs des autres catégories diagnostiques			
Il fait l'objet de controverses scientifiques sur sa définition, son/ses étiologie(s), les remédiations adaptées, etc.			
Il fait partie de la métacatégorie des besoins éducatifs particuliers, ou besoins spécifiques			
Il ne relève pas systématiquement du champ du handicap			
L'école doit s'adapter à ce trouble, selon ses conséquences sur les apprentissages et les besoins spécifiques qu'il entraîne			
Il entraîne souvent la mise en place de dispositifs d'aménagements scolaires, en classe et/ou aux examens			
Il peut donner lieu à un suivi externalisé pour soutenir la scolarité et les apprentissages			
Il recouvre des formes diverses et hétérogènes, sur le terrain			
Il peut masquer d'autres facteurs de difficulté scolaire (social, économique, culturel, institutionnel, etc.)			
Il a émergé au début des années 2000, dans les champs scolaire, politique et médiatique			
Il figure dans les nosographies psychiatriques comme diagnostic			Il figure dans les nosographies psychiatriques comme diagnostic
Il comporte une valeur pronostique (défavorable au niveau scolaire)			
	Il figure dans le Code de l'éducation		
TDAH	Troubles dys	Haut Potentiel Intellectuel	Refus Scolaire Anxieux

Résumons ce tableau : nous avons là quinze caractéristiques communes aux quatre catégories diagnostiques, deux caractéristiques communes à trois de ces catégories, et deux caractéristiques communes à deux d'entre elles. Ces caractéristiques sont factuelles et observables. En les lisant de haut en bas et en masquant la dernière ligne, gageons que bien des acteurs des champs scientifique, médical et de l'éducation auraient du mal à déterminer quelle colonne correspond à quel diagnostic.

Ce constat nous amène à la question suivante : qu'est-ce qui, finalement, caractérise fondamentalement chacun de ces troubles et permet de les distinguer les uns des autres ? C'est probablement la singularité du sujet « porteur » du trouble qui en retrace à chaque fois les frontières, à travers toute l'épaisseur et la diversité des manifestations qu'il donne à voir. Or, que pouvons-nous encore percevoir d'un sujet lorsqu'il est d'emblée soupçonné de porter un trouble, avant même qu'un diagnostic ne soit, le cas échéant, posé ? Que pouvons-nous lui laisser comme espace d'expression possible, et notamment, à l'école, d'engagement dans un apprentissage, lorsque des limites sont de fait présentes, par le caractère durable ou la valeur pronostique d'un trouble ? Nous pouvons nous rallier à l'analyse que formulent Gori et Del Volgo à ce sujet :

« La reconfiguration moderne des savoirs médicaux sous l'autorité des laboratoires scientifiques, par les prodigieux développements des techniques des industries de santé, contient en elle-même les risques iatrogènes de réification de l'humain, c'est-à-dire de sa chosification. » (Gori et Del Volgo, 2020 : 70)

Cette hypothèse d'une réification de l'humain par les savoirs médicaux rejoint les effets de théorie (Bourdieu, 1982) potentiels, lorsque des connaissances sont produites sur un objet donné. Ces connaissances, une fois diffusées et appropriées par les différents acteurs, peuvent contribuer à faire exister et perpétuer un phénomène — songeons ici à nouveau au décrochage scolaire. Frances, ayant participé à la 4^{ème} révision du DSM et en dénonçant les faiblesses et les limites, interroge la notion de normalité, qui est selon lui de plus en plus restreinte. À partir de sa première définition, géométrique, et ses multiples déclinaisons (moyenne, familial, commun, etc.), « *il a suffi d'un pas pour que la normalité en vienne à désigner un état de bon fonctionnement biologique et psychologique* » (Frances, 2013 : 32). L'auteur s'interroge ainsi sur différentes catégories de la population, par exemple les plus pauvres : doivent-ils être considérés comme malades faute d'avoir les moyens d'atteindre

l'état de complet bien-être physique, mental et social défini par l'OMS ? Nous développerons cette question dans la partie suivante. Frances souligne, en raison de sa complexité, que « *les probabilités sont fortes que notre cerveau ne fonctionne pas normalement.* » (*ibid.* : 40). Songeons aux études en neurosciences cognitives explorant les troubles dys ou le TDAH par IRMf : il est effectivement très probable de retrouver des modifications à l'imagerie cérébrale par rapport à ce qui est considéré comme la normalité, sans que cela ne signe ou ne prouve l'existence d'un trouble donné. Frances ajoute enfin :

« La notion de “trouble mental” comme celle de “normalité” sont elles aussi extrêmement protéiformes — si hétérogènes et si variables dans le temps qu'il nous est impossible de fixer des frontières immuables entre les formes qu'elles sont susceptibles de revêtir. » (*id.* : 49)

Si la classification des écarts à la norme sous la forme de troubles mentaux est globalement critiquable, la cristallisation des difficultés scolaires sous forme de diagnostics scolaires l'est d'autant plus. Nous avons vu qu'au-dessous de cette réification apparente fourmillent une multitude de formes de vie de chaque diagnostic scolaire. Ainsi, s'il n'y a pas une « dyslexie », un « haut potentiel », un « trouble de l'attention », un « refus scolaire » et ainsi de suite ; alors nous pouvons tout simplement dire que les diagnostics scolaires, à l'instar du décrochage, n'existent pas. Mais qu'il existe bien autant de diagnostics scolaires qu'il existe de sujets qui en sont « porteurs ».

6.3. Synthèse

Nous avons vu que l'attribution causale endogène aux diagnostics scolaires est majoritaire dans notre carnet d'observation (67 %). Le discours neurocognitif, aujourd'hui dominant, se reflète nettement dans nos données, ce qui n'empêche pas une grande hétérogénéité des définitions et des usages des diagnostics scolaires. Quelles que soient les pratiques, diagnostiquer un trouble — qui plus est, le plus précocement possible — à partir de difficultés scolaires, c'est toujours risquer d'enfermer le sujet sous une étiquette dont il pourrait avoir du mal à se défaire. Nous l'avons vu : dans leur conception neurocognitive, ces diagnostics amènent avec eux l'idée d'un ancrage somatique et d'une durabilité, doublés d'une valeur pronostique plus ou moins marquée. On se rend pourtant compte que ces diagnostics n'existent pas, comme phénomène clairement identifié et empiriquement

circonscrit. C'est-à-dire qu'ils sont si mal définis et présentent tant de similarités entre eux qu'on finit par se demander ce qui fonde leur existence.

Nous en arrivons, à ce stade, à des questionnements cruciaux, notamment celui des effets délétères provoqués par cette étiquette potentiellement réifiante : ne risque-t-elle pas de biaiser d'emblée toute relation pédagogique ? Également, d'où provient la puissance avec laquelle ces diagnostics se sont imposés dans le champ scolaire ? Pourquoi les politiques publiques éducatives en font-elles cas, à travers de multiples rapports et réformes permettant de prendre en considération ces élèves à besoins spécifiques au sein de l'école ? Quelle « utilité », quelle fonction occupent-ils, s'ils ne sont pas de « vrais » diagnostics ?

C'est à l'ensemble de ces questions que nous allons maintenant nous attacher, en esquisant des pistes de réponses et en dévoilant la face cachée de ces diagnostics, ainsi que les dimensions, notamment sociales et collectives, qu'ils masquent par leur prééminence.

CHAPITRE 7. SOCIODICÉE ET CHANGEMENT DE PARADIGME

Nous allons, dans ce septième et dernier chapitre, aborder les conséquences et les enjeux de l'invisibilisation des dimensions sociales sous-tendant les difficultés scolaires.

Nous introduirons cette analyse en synthétisant, dans un premier sous-chapitre, les travaux traitant du lien entre difficulté scolaire et conditions de vie. Nous y décrirons les conséquences (dans les pratiques des acteurs et pour les enfants désignés) que le masquage des dimensions environnementales et l'approche endogène des difficultés scolaires risquent d'entraîner. Enfin, nous synthétiserons et discuterons ces résultats et analyses.

Dans un second sous-chapitre, nous présenterons les derniers résultats de notre enquête par entretien, soit la question du rôle de l'institution scolaire par rapport aux élèves en difficulté, potentiellement porteurs de troubles, selon les acteurs. Ces résultats nous permettront de développer quelques perspectives dans l'hypothèse d'un changement de paradigme éducatif en cours, dont les diagnostics scolaires constituent quelques indices.

7.1. Les effets de l'invisibilisation des dimensions sociale et collective

Depuis quelques décennies, nombre de recherches et rapports objectivent le lien entre conditions socioéconomiques et difficultés scolaires. Quelques-uns abordent certains diagnostics scolaires, essentiellement les troubles spécifiques des apprentissages. Nous allons dans un premier temps exposer les travaux les plus actuels à ce sujet. Dans un second temps, nous analyserons les effets de la mise en périphérie des dimensions sociales, économiques, culturelles des questions de difficultés scolaires, conséquences d'une naturalisation de celles-ci sous la forme de diagnostics. Nous terminerons en mettant en lumière les effets du rabattement des causes de difficultés scolaires sur les individus eux-mêmes, et notamment leurs caractéristiques endogènes (neurocognition, psychologie). Deux types de conséquences seront examinées : l'effet de dessaisissement pédagogique, mais aussi le risque d'une définition autoréférentielle du sujet.

7.1.1. De nouvelles formes de sociodécision ?

Il est factuellement établi — et cela ne cesse de se confirmer au fil des années — que les difficultés scolaires restent corrélées aux conditions économiques, sociales et culturelles dans lesquelles évoluent les enfants. L'observatoire des inégalités mentionne que sur les 3 % de collégiens scolarisés en SEGPA¹³⁴, on trouve 40 % d'enfants d'ouvriers contre 2 % d'enfants de cadres (Observatoire des inégalités, 2021 : 74). Le rapport *Repères et références statistiques* édité par la DEPP montre que les élèves scolarisés en REP et REP+ ont une bien moindre maîtrise des connaissances et des compétences en français et mathématiques par rapport aux élèves scolarisés en milieu ordinaire (DEPP, 2021b : 211). Le rapport sur la « *Géographie de l'école* » souligne :

« Les conditions de vie des parents et leurs ressources économiques et culturelles sont plus ou moins favorables à la réussite scolaire. Ainsi, en sixième, à la rentrée 2020, parmi les 20 % d'élèves les plus favorisés socialement, la grande majorité (91 %) ont une maîtrise satisfaisante ou très bonne des attendus des connaissances et des compétences en mathématiques. Parmi les 20 % d'élèves les moins favorisés socialement, seuls la moitié (48,5 %) atteignent une maîtrise satisfaisante. » (DEPP, 2021c : 72)

L'Étude longitudinale française depuis l'enfance (Elfe) est une enquête suivant une cohorte de plus de 18 000 enfants depuis leur naissance en 2011 en France métropolitaine. Elle a permis d'objectiver le lien entre les inégalités économiques et socioculturelles¹³⁵ d'une part et le développement du langage chez les enfants d'autre part, avec notamment des écarts dans l'acquisition du vocabulaire dès la petite enfance (Grobon *et al.*, 2019).

Nombre de travaux scientifiques ont exploré ce lien entre difficultés scolaires et inégalités sociales. Les recherches inaugurales de Bourdieu et Passeron, déjà mentionnées au début de ce travail, montrent que la structuration de l'institution scolaire détermine des hiérarchies, à travers la reconnaissance des savoirs légitimes. Les frontières sont ainsi arbitrairement tracées, et conditionnent la sélection des élèves, les plus acculturés aux savoirs scolaires étant d'emblée les plus privilégiés (Bourdieu et Passeron, 1964, 1970). Quelques recherches plus récentes ont mis en lumière le rôle des positions, dispositions et capitaux des familles dans la réussite scolaire de leurs enfants. Ces études sont cependant à examiner avec prudence, car elles se basent sur des échantillons de populations plutôt privilégiées. Par

¹³⁴ Section Générale d'Enseignement Adapté.

¹³⁵ Les auteurs prennent en compte le niveau de diplôme de la mère et les ressources financières du ménage.

exemple, Van Zanten distingue la nature et le volume des capitaux (social, économique, etc.) détenus par les familles, qui conditionnent en partie les choix pour la scolarité de leurs enfants. Elle affine la catégorie sociale dite de « classe moyenne » avec quatre catégories de parents : d'une part les « technocrates » et les « intellectuels » (soit les fractions supérieures), d'autre part les « médiateurs » et les « techniciens » (soit les fractions intermédiaires). Les choix scolaires sont ainsi soumis à une négociation au sein du couple parental, avec une place laissée à l'enfant dans la prise de décision. Cette analyse ne minimise cependant pas l'effet de la hiérarchisation des parcours scolaires ainsi que les ressources économiques, culturelles et sociales contrastées, et parfois limitantes (Van Zanten, 2009). Garcia, se centrant également sur les classes moyennes et supérieures, milite en faveur d'un modèle dispositionnel, mettant au premier plan le travail parental de construction des dispositions scolaires. L'auteure insiste sur l'invisibilité de ce travail parental¹³⁶, pourtant essentiel à la réussite scolaire des enfants (Garcia, 2018).

D'autres points de croisement¹³⁷ sont mis au travail, notamment en regard de la manière d'envisager les élèves depuis la loi de 1989, qui les place au centre du système scolaire. Montmasson-Michel montre, dans le cadre d'une recherche en école maternelle, qu'il existe « *une définition sociale élitiste du jeune enfant : un jeune enfant autonome politiquement et cognitivement.* ». C'est ainsi que, selon elle :

« les normes cristallisées dans les dispositifs pédagogiques reposant sur l'autonomie sont source de difficultés pratiques de mise en œuvre et sont faiblement efficaces pour acculturer les enfants les moins prédisposés à l'école. Si bien qu'ils tendent plus à amplifier les difficultés qu'à les résoudre. » (Montmasson-Michel, 2019)

On peut raisonnablement penser, à la suite de cette conclusion, que ces enfants moins prédisposés à l'école et mis en marge des dispositifs pédagogiques, risquent par la suite de développer plus lentement, ou de manière moins satisfaisante, les compétences scolaires requises. Certains troubles seront-ils alors suspectés chez eux, pour expliquer leurs difficultés et/ou leur retard ?

Le Mener *et al.* interrogent l'accroissement des inégalités sociales de performances entre 2000 et 2012, à partir des résultats des enquêtes PISA. Pour ce faire, les auteurs reprennent

¹³⁶ Qui passe par les actions de la vie quotidienne, la structuration du temps, la socialisation à l'auto-contrainte (avec les activités extra-scolaires par exemple).

¹³⁷ Toujours entre les facteurs socioéconomiques et culturels d'une part et les difficultés scolaires d'autre part.

l'Index of Economic, Social and Cultural Status (IESCS), indice composite¹³⁸ permettant de mesurer statistiquement les dimensions socio-économico-culturelle des ménages. Leur étude permet de conclure que « *l'accroissement des inégalités sociales de performance serait surtout dû à de meilleures conditions de scolarisation du quart le plus favorisé de la population [...] et à de moins bonnes conditions pour une part plus faible des familles défavorisées [...]* » (Le Mener *et al.*, 2017 : 225). Ils soulignent l'existence d'avantages plus ou moins visibles (les possessions du ménage pouvant aider à la réussite scolaire de l'élève, notamment le nombre de livres à la maison), qui restent des impensés des politiques publiques éducatives.

À partir d'un échantillon de 22 élèves en difficulté scolaire et scolarisés en zone d'éducation prioritaire, Bonnéry expose les effets de « *la convergence entre psychologisation de l'enseignement, individualisation-décollectivisation du travail scolaire et personnalisation-affectivation des relations pédagogiques.* » (Bonnéry, 2008 : 108). Il conclut :

« La psychologisation de l'enseignement alimente une lecture de la scolarité comme expérience purement individuelle voire personnelle, qui masque l'écart culturel entre l'école et les élèves de familles populaires [...] Dans ce contexte, les élèves ont parfois tendance à adopter des postures de "résistance" à l'acculturation, qui ne font qu'amplifier leurs difficultés scolaires. De leur côté aussi, les équipes pédagogiques ne saisissent souvent l'expression de la distance culturelle que de façon insurmontable, à travers la thématique du "handicap socioculturel". » (Bonnéry, 2008 : 118)

Les conclusions de ces différentes recherches convergent vers une invisibilisation des facteurs sociaux et culturels par les processus d'individualisation du travail scolaire et de psychologisation des rapports pédagogiques.

Morel examine le traitement des inégalités sociales d'apprentissage par la sociologie et les sciences cognitives, en se centrant particulièrement sur leurs points de jonction. Il ressort de cet état de la recherche une corrélation entre les facteurs socioéconomiques, cognitifs et biologiques, et ce dès le plus jeune âge. Cependant, corrélation ici ne veut pas dire causalité :

« Le sens de la causalité entre les différents ensembles de variables reste très incertain : du social vers le cognitif/biologique/génétique ou l'inverse (Farah, 2017 ; Hackman & Farah, 2008). » (Morel, 2021 : 28)

¹³⁸ Cet indice regroupe le statut et le niveau d'éducation le plus élevé des deux parents, ainsi que les possessions pouvant aider la réussite scolaire de l'élève (les richesses matérielles, culturelles, le nombre de livres et les biens susceptibles d'aider l'enfant dans ses apprentissages).

Autrement dit, si différents facteurs entrent en ligne de compte dans les phénomènes de difficulté scolaire, il est difficile, voire impossible, d'en établir une hiérarchie et/ou une causalité.

La frontière entre difficultés et diagnostics scolaires (comme les troubles du langage oral et/ou écrit) semble donc très fine. Plusieurs études se sont cependant centrées plus spécifiquement sur certains troubles, dont les travaux historiques de Pinell et Zafirooulos, qui évoquent la construction d'un discours médicalisant et psychologisant visant à expliquer l'inadaptation scolaire. Les auteurs décrivent que les troubles d'apprentissage sont alors départagés en deux groupes : les troubles majeurs (« débilite légere ») et les troubles mineurs (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, etc.). Les auteurs décrivent :

« dans le même temps, le discours psychologisant peut se trouver repris par les parents et retourné contre l'école, intégré dans le discours critique qu'ils tiennent sur elle. Mais ce " retour à l'envoyeur " des catégories psychologisantes n'en constitue pas moins un piège, tant l'efficace propre du type de discours tenu par les spécialistes (pédopsychiatres ou analystes) contribue à " dépolitiser " la critique de l'école, tout comme il masque les effets proprement politiques du fonctionnement du système d'enseignement (relégation comme " débiles " ou névrosés dans une filière spécialisée d'enfants qui n'appartiennent qu'aux couches populaires, explication par des perturbations relationnelles dans la sphère familiale des échecs scolaires, dont la fréquence et l'importance sont pourtant statistiquement corrélées à la position sociale des sujets). » (Pinell et Zafirooulos, 1978 : 47)

Ils soulignent ainsi combien ces catégories produisent, déjà à l'époque, des effets de masquages des facteurs sociaux. L'ouvrage éponyme publié en 2014 par Morel présente une recherche menée en centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) et centre de référence du langage (CRL). Cette étude inclut des familles socialement défavorisées, mais ça n'est pas l'essentiel de la population considérée (60 % de la population accueillie au CRL fait partie des classes moyennes et supérieures). Si l'auteur met en lumière une dynamique de médicalisation de l'échec scolaire, le champ de cette recherche ne permet pas de questionner plus précisément le lien entre les conditions socioéconomiques des familles et la pose d'un diagnostic (Morel, 2014). Une étude conduite par Garcia sur la dyslexie a porté sur un échantillon de 603 familles, toutes adhérentes à l'association de familles d'enfants porteurs de troubles dys (APEDYS). L'autrice reconnaît le point aveugle par rapport aux familles les plus défavorisées et en marge de la culture scolaire :

« Cet échantillon est donc représentatif des parents susceptibles de trouver une solution à des difficultés persistantes de leurs enfants en lecture par l'attribution d'un handicap, ce qui exclut

sans doute une partie des classes populaires peu enclines à s'engager dans les associations et pourtant susceptibles d'investir la catégorie de dyslexie. » (Garcia, 2013 : 130)

Cette prudence est généralisable à toutes les études ayant été menées auprès de familles adhérentes à des associations du même type, concernant par exemple le haut potentiel intellectuel (Lignier, 2012 ; Peixoto et Paoletti, 2004), ou les troubles spécifiques des apprentissages (Béliard *et al.*, 2019 ; Vigo et Franc, 2012 ; Willig *et al.*, 2022). Autrement dit, ces recherches ne permettent pas de voir ce qu'il se passe en dehors du champ des familles s'étant rapprochées d'associations de parents. Ce type de sélection ne peut prétendre à une représentativité des familles d'enfants porteurs de diagnostics scolaires, puisqu'elles comportent toutes le même angle-mort : nous ne savons rien — ou pas grand-chose — des familles les plus défavorisées dont les enfants sont suspectés ou diagnostiqués.

Comprenant une plus grande diversité de milieux sociaux, une recherche menée en 2006 auprès de 1020 élèves scolarisés en CE1 englobe trois secteurs distincts : favorisé, moyennement favorisé et défavorisé. Les auteurs objectivent les performances scolaires¹³⁹ moindres des élèves scolarisés dans les secteurs les plus défavorisés par rapport aux autres élèves. Ils révèlent notamment que 24,2 % des élèves en secteur défavorisé sont de « *très faibles lecteurs* » contre 3,3 % des élèves en secteur favorisé. Les facteurs explicatifs seraient essentiellement cognitifs : entrent en jeu notamment la conscience phonologique et le *rapid automatized naming* ou RAN¹⁴⁰ (Fluss *et al.*, 2008). Il semble cependant péremptoire de résumer les difficultés de lecture à une origine essentiellement cognitive. Nous nous rallions au commentaire de Morel concernant les conclusions de cette étude :

« cette conclusion ne dit rien de la genèse des compétences phonologiques, ni sur la manière de les développer. Les “ capacités ” cognitives sont-elles génétiquement déterminées ? À partir de quel seuil doivent-elles être considérées comme un “ trouble ” ? Quels liens entretiennent-elles avec l’“ environnement ” et, en particulier, avec le capital culturel des parents ? » (Morel, 2014 : 133)

Selon Fluss *et al.*, le milieu socioéconomique défavorisé est un facteur de risque important, notamment par rapport à l'acquisition du langage écrit, mais il ne peut expliquer la dyslexie. Les auteurs préconisent un « *dépistage précoce et systématique des enfants en difficulté dans*

¹³⁹ Objectivées sur la base de tests étalonnés de lecture silencieuse, d'orthographe et de calcul.

¹⁴⁰ Le RAN correspond à une activité mesurant la rapidité avec laquelle les individus peuvent nommer des objets, des images, des couleurs, etc.

ces milieux [...] [au moyen de] tests collectifs peu coûteux en temps et fiables. » (Fluss *et al.*, 2008 : 1056). La Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant atteste également que les troubles du langage et des apprentissages sont plus fréquents dans les environnements défavorisés. En ressort la préconisation d'un « *dépistage [...] organisé systématiquement en milieu défavorisé* » (Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, 2013 : 8).

En 2017, une enquête par questionnaire adressé aux médecins de l'Éducation nationale a recensé les demandes d'aménagements pour le diplôme national du Brevet dans 30 départements (298 209 élèves, soit 35,8 % de la population des élèves de 3^{ème} scolarisés). La population étudiée était plutôt représentative dans la répartition entre les secteurs ordinaire, REP, REP+ et privé sous contrat. Le nombre total de demandes d'aménagements était de 18 610, soit 6 % de la population étudiée. Mais ces demandes variaient selon le secteur des établissements scolaires. Pour les troubles des apprentissages, les demandes étaient de 2 % pour chacun des secteurs REP et REP+ contre 5 % pour chacun des secteurs ordinaire et privé sous contrat.

Les autrices de l'enquête¹⁴¹ considèrent ces troubles comme des « *pathologies bien identifiées* » et concluent ainsi :

« S'agit-il d'une insuffisance de dépistage, de diagnostic, d'accès à l'information et/ou aux soins, d'accompagnement des familles pour la constitution des dossiers ? Quelles pistes d'amélioration proposer ?

Nous ne voudrions pas que le dispositif d'aménagements des épreuves d'examens et concours, visant à maintenir une égalité des chances, représente au contraire un facteur de renforcement des inégalités sociales et de santé. » (Morel, 2018 : 60)

Notons que les demandes d'aménagements au Brevet, moins nombreuses en secteurs REP et REP+, ne reflètent pas tout à fait les enfants étiquetés et plus ou moins diagnostiqués sur la base de bilans orthophonique, psychomoteur et/ou psychologique comme les manuels diagnostiques l'exigent. En effet, nous avons vu (partie 5.2.1.) que la densité des professionnels paramédicaux est bien moindre en secteur rural, par exemple, mais aussi que les parents d'enfants scolarisés en REP/REP+ n'ont pas forcément les moyens financiers d'y accéder. Rappelons ce que les études auprès de parents adhérents aux associations nous

¹⁴¹ M. Burger, C. Cros, B. Weens et J. Benoit, membres de l'Association des médecins conseillers techniques de l'Éducation nationale (ASCOMED).

apprennent : ces parents sont plus familiers avec la culture et la demande scolaires, et plus prompts à se mobiliser pour demander des adaptations pour leurs enfants. Le point aveugle subsiste donc du nombre d'enfants issus de milieux défavorisés déclarés porteurs de troubles du fait de difficultés scolaires.

Ces recommandations de repérage précoce et de remédiations égales selon les secteurs de scolarisation s'opposent à nos résultats d'entretien. En effet, nous avons mis en lumière une différence entre les enseignants de secteur favorisé et défavorisé, les derniers étant moins prompts à interpréter les difficultés des élèves sous l'angle de troubles. Tout en conservant une prudence que nous impose la taille de notre échantillon, nous pouvons tout de même souligner l'écart entre les perceptions issues du terrain, et celles issues de toutes les études que nous venons de voir.

Les craintes d'une insuffisance de dépistage, les préconisations de repérage systématisé dans les milieux défavorisés qui vont avec, combinées avec l'inflation des diagnostics scolaires depuis vingt ans, soulèvent des questions majeures. Parmi les élèves ayant grandi dans des milieux pauvres économiquement et/ou éloignés de la culture scolaire, combien risquent de recevoir un diagnostic à partir de leurs difficultés d'apprentissage ? Combien d'élèves sont dits décrocheurs, phobiques scolaires ou en refus scolaire anxieux, faute de parvenir à répondre aux attentes des enseignants et/ou de leurs parents ? Les quatre médecins scolaires de notre enquête par entretien, exerçant toutes en secteur rural défavorisé, s'accordent à dire que les phénomènes de phobie ou refus scolaire augmentent de manière exponentielle, ces dernières années. Citons Mme P. :

« alors là c'est un océan qui est en train de s'ouvrir [...] cette année, je ne sais pas si vous avez déjà vu des collègues à moi, on est dans l'augmentation ; enfin, j'ai eu la responsable du SAPAD au téléphone ce matin. Elle m'a dit, " mais qu'est ce qui se passe ? " ; c'est en augmentation. »
(Mme P., médecin scolaire : l. 628-631)

Sur la base de constats effectivement alarmants, et d'une intention louable de réduction des difficultés voire de l'illettrisme, nous voyons sans cesse se redessiner la tendance dominante de dépister, le plus précocement possible, d'éventuels troubles. En mettant ces préconisations en regard des écarts conséquents de réussite scolaire selon les milieux sociaux des élèves, nous pouvons légitimement nous interroger sur le nombre de diagnostics posés à

partir de difficultés scolaires résultant en grande partie de facteurs sociaux¹⁴². Selon Woolven, le risque d'occultation des dimensions sociales, culturelles et économiques au profit d'une naturalisation des difficultés scolaires est manifeste. À partir de l'exemple de la dyslexie, l'auteur montre à quel point les déterminants sociaux sont mis en périphérie. Envisagée comme une variable parmi d'autres, la dimension sociale peut être annulée en situation expérimentale, et n'est finalement retenue que pour les populations à l'extrémité basse de l'échelle sociale. Elle conclut ainsi :

« le caractère dominant des savoirs issus des sciences de la nature et les procédures de quantification contribuent à gommer la part des déterminants sociaux dans les difficultés scolaires et à les rendre de plus en plus difficiles à appréhender. Si le problème tend à être naturalisé du fait des schèmes d'interprétations sur lesquels il repose, c'est plus largement l'ensemble des dimensions sociales des questions scolaires qui sont ainsi mises en invisibilité. » (Woolven, 2019 : 154)

Il serait donc plus difficile de saisir l'ensemble des facteurs sociaux, une fois la difficulté scolaire convertie en trouble.

À titre d'exemple, la note produite par le CSEN sur les évaluations nationales des performances de lecture en 6^{ème} reste très imprécise sur le sujet. L'évaluation comporte deux tests, de fluence et de décision lexicale, qui « *présentent l'intérêt d'identifier les difficultés potentielles de nombreux élèves* ». Considérons l'interprétation des résultats au test de fluence :

« Dans les présentes données, la moyenne des 6^{ème} est de 126 mots par minutes. Mais cette moyenne cache d'importantes disparités (Figure 1). Près de 1 % des élèves de 6^{ème} sont en dessous du niveau de lecture attendu en fin de CP, c'est-à-dire 50 mots correctement lus par minute (soit les trois premières lignes du texte, ou encore moins d'un mot par seconde). Les données disponibles ne permettent pas de savoir dans quelles proportions il s'agit d'élèves allophones ou avec handicap (dyslexie sévère). 15,3 % des élèves de 6^{ème} (et 30 % des élèves en éducation prioritaire) lisent avec une fluence inférieure au niveau attendu en fin de CE2, soit 90 mots par minute. » (Dehaene *et al.*, 2021 : 3)

Cette étude récente, qui n'est qu'un exemple parmi d'autres, ne permet pas de discriminer les élèves porteurs d'une dyslexie sévère dans la population des élèves en difficulté de lecture, y compris dans la part de cette population scolarisée en éducation prioritaire.

Ajoutons à cela que certains rapports concernant les diagnostics scolaires reconnaissent ou interrogent l'effet des caractéristiques géographiques et sociales :

¹⁴² Nous entendons par là aussi bien les capitaux économique, social et culturel des familles que les conditions de vie économiques et de scolarisation (en secteur rural ou urbain, REP ou favorisé, etc.).

« On peut s'interroger sur les éventuelles interactions entre le milieu social ou le niveau éducatif et les facteurs biologiques de la dyslexie et à propos de leurs effets sur les manifestations des troubles spécifiques des apprentissages. À titre d'exemple, les études portant sur les populations anglaises de l'Ile de Wight et de Londres sont représentatives des différences géographiques et sociales. En effet, avec la même définition de la dyslexie, la prévalence trouvée était de 3,6 % sur l'Ile de Wight et de 9,3 % à Londres, où les sujets étaient en moyenne de milieux moins favorisés » (Inserm, 2007b : 18)

L'Inserm admet ainsi, pour l'ensemble des troubles dys, une influence des facteurs culturel, social, économique ou pédagogique, même si ceux-ci constituent des critères d'exclusion diagnostique (Inserm, 2007a : 635). Le rapport Delaubier (2002), concernant les élèves intellectuellement précoces, évoque également l'influence du contexte socioculturel sur les résultats au test de quotient intellectuel.

De manière plus globale, à notre connaissance, aucune statistique nationale n'est pour le moment disponible sur le nombre d'enfants porteurs des différentes catégories de diagnostics scolaires. Par voie de conséquence, aucun recoupement ne peut être étudié entre ces élèves diagnostiqués, leurs difficultés, mais aussi leur contexte de vie (facteurs socioéconomiques, culturels, etc.). Nous pouvons toutefois présager que les délimitations sont très fines et mouvantes entre des difficultés scolaires dues au milieu socioéconomique et au capital social des familles d'une part, et des interprétations médicales de ces difficultés d'autre part.

Nous venons de voir que toutes ces études et rapports mentionnent, sous différentes formulations, les facteurs socioéconomiques et environnementaux ; qui sont définis comme des critères d'exclusion des troubles spécifiques des apprentissages. Si l'on reprend le DSM-5, le critère D du diagnostic de trouble spécifique des apprentissages¹⁴³ mentionne qu'il ne doit pas y avoir « *une adversité psychosociale* », « *un manque de maîtrise de la langue de l'enseignement scolaire* » ou « *un enseignement pédagogique inadéquat* » (Crocq et Guelfi, 2015 : 76). Reconnaissons à ces trois formulations leur caractère particulièrement équivoque. Par exemple, l'adversité psychosociale est définie en psychiatrie comme un « *concept hétérogène* » comprenant tant des « *facteurs de stress sociaux ou psycho-sociaux que subit un sujet au moment où on l'évalue, que des facteurs de stress précoces de type environnementaux (incluant d'éventuels facteurs périnataux) qui ont pu entraîner une*

¹⁴³ Qui correspond à l'exclusion des facteurs sociaux, au sens large.

vulnérabilité psychique durable de l'individu. » (Congrès Français de Psychiatrie, 2014). Dans un « Que sais-je » consacré au TDAH, l'adversité psychosociale est mentionnée au chapitre IV évoquant les étiologies du trouble. Sous cette expression, différents « *paramètres psychosociaux* » sont mentionnés : le statut marital, le niveau socio-économique, les relations familiales et les conflits conjugaux ; mais aussi les pathologies parentales (dépression, troubles anxieux, dépendance à l'alcool) (Wahl, 2019 : 66-67). Traduits à partir de l'anglais, les « *adverse factors in the family, school or social environment* » recouvriraient des « *facteurs défavorables dans l'environnement familial, scolaire ou social.* » (Gómez-Cano *et al.*, 2021). Si l'on considère les deux autres composantes du critère D, nous pouvons nous demander à partir de quel degré les acteurs établissent que les difficultés scolaires d'un enfant sont dues à son « *manque de maîtrise de la langue de l'enseignement scolaire* ». S'agit-il là de la langue française, ou plus spécifiquement les manières de s'exprimer et communiquer à l'école, potentiellement différentes de celles que l'enfant a toujours connues au sein de son premier lieu de socialisation : sa famille ? Également, pouvons-nous être sûre de la régularité avec laquelle les acteurs définiront « *un enseignement pédagogique inadéquat* » ? À l'instar du célèbre paradoxe de la règle de Wittgenstein (1961), ces trois composantes du critère D engendrent forcément des interprétations empreintes de subjectivité. En effet, ça n'est pas parce qu'on dispose d'une règle, d'une consigne, d'un critère, qu'on peut l'investir d'un sens univoque :

« En effet, “ connaître la règle ” et “ savoir jouer ” sont deux choses différentes : la règle renvoie toujours à un au-delà et recèle toujours un degré de liberté irréductible¹⁴⁴. C'est cette part d'indétermination qui détermine tout à la fois la liberté du sujet et sa responsabilité à l'égard de son usage, car la règle ne peut le renseigner à tout instant puisque, comme le poteau indicateur auquel la compare Wittgenstein¹⁴⁵, elle ne contient pas en elle-même ses propres conditions d'application » (Sarrazy, 2007 : 36)

La règle est la règle, certes, mais l'interprétation du rapport d'adéquation entre l'action et sa conformité à la règle laisse toujours une certaine latitude. Pour le dire autrement, cela dépendra en grande partie du contexte d'exercice, de la formation, de la trajectoire, des

¹⁴⁴ L'auteur annote : « *Les règles du rugby fixent-elles la vitesse maximale du déplacement des joueurs ? Peuvent-elles limiter l'intensité d'un plaquage ? C'est de ces incertitudes que vient la nécessité d'un arbitre dont la fonction est précisément de décider arbitrairement de la conformité de l'action des joueurs à la règle lorsque celle-ci ne dit plus rien (cf. Jeudy, 1993).* »

¹⁴⁵ L'auteur annote : « *Une règle, pour Wittgenstein, “ se présente tel un poteau indicateur. [...] par quoi saurais-je interpréter son indication : dans la direction de la main, ou (p. ex.) dans une direction opposée [...] donc je puis dire que le poteau indicateur laisse subsister un doute. Ou plutôt parfois il en laisse subsister, parfois non ” (1961) : § 85.* »

idéaux pédagogiques et/ou soignants de chaque acteur, autrement dit, de ses Arrière-plans (Searle, 1998). Ainsi, les contours flous et potentiellement élastiques de ces trois items rendent très incertaine l'homogénéité diagnostique de ce type de troubles. L'intérêt n'est pas ici de critiquer les définitions retenues, mais bien de questionner leurs usages sur le terrain, dont on peut supposer la disparité. Souvenons-nous que les médecins de notre échantillon usent de définitions extrêmement contrastées, avec un impact direct dans leurs manières de diagnostiquer ou non un trouble sur la base de difficultés scolaires. Ajoutons qu'une autre étude, menée sur un échantillon de 154 enfants suivis du CE1 au CM1, montre que « *les faibles lecteurs en milieu précaire se comportent comme des dyslexiques.* » (Billard *et al.*, 2010 : 102). Les auteurs précisent employer le terme de « *faible lecteur* » plutôt que celui de « *dyslexique* », qui renvoie à des exclusions (notamment l'influence des conditions socioéconomiques). Nous pouvons ainsi légitimement nous interroger sur l'interprétation par chaque médecin (scolaire, psychiatre, pédopsychiatre, etc.), de ce critère D, et sur la vraisemblable hétérogénéité de son application lors des consultations diagnostiques.

Résumons le paradoxe affleurant ces différents rapports et recherches, et le risque qui en découle. Des conditions socioéconomiques défavorables constituent un critère d'exclusion du diagnostic de trouble spécifique des apprentissages, d'après le DSM-5. Cependant, non seulement ce critère est équivoque et sujet à interprétation, mais c'est précisément dans les milieux les plus défavorisés qu'on rencontre le plus d'enfants en difficulté scolaire, allant selon certains auteurs jusqu'à mimer la dyslexie. Il en ressort un risque de confusion majeur : combien d'enfants de ces secteurs défavorisés sont-ils tout de même diagnostiqués — porteurs de troubles dys, d'une hyperactivité, ou présentant un refus scolaire anxieux ? Il n'existe, à notre connaissance, aucun moyen de vérifier si ces diagnostics ne sont pas utilisés, plus ou moins formellement, pour expliquer les difficultés des enfants les plus en marge de la culture scolaire. En plus de ce point aveugle, l'école elle-même tend toujours à favoriser les élèves déjà acculturés aux savoirs qu'elle propose. Nous assistons ainsi à une transformation profonde du regard porté sur les élèves, au risque d'effets de masquage de tous ces autres facteurs impliqués dans les phénomènes de difficulté

scolaire. La production de ces diagnostics, naturalisant voire essentialisant, participe selon nous d'une sociodicée¹⁴⁶ :

« Il serait bon d'étudier le rôle des médecins dans la médicalisation, c'est-à-dire la naturalisation, des différences sociales, des stigmates sociaux, et le rôle des psychologues, des psychiatres et des psychanalystes dans la production des euphémismes qui permettent de désigner les fils de sous-prolétaires ou d'émigrés de telle manière que les cas sociaux deviennent des cas psychologiques » (Bourdieu, 1984 : 268)

Nous pouvons effectivement poser l'hypothèse d'un lien entre les enfants les plus en difficulté, qui sont aussi les plus défavorisés socialement, et les enfants diagnostiqués¹⁴⁷. Il s'agirait dans ce cas d'une euphémisation de la difficulté scolaire et de ses déterminants sociaux, masqués par les diagnostics scolaires. Or, de la manière de définir un phénomène ou un problème dépend la façon d'y répondre. Nous l'avons vu, les facteurs sociaux — c'est-à-dire les dimensions socioéconomique, culturelle, géographique ; capitaux et dispositions des familles — sont à la fois très mal définis¹⁴⁸, et le plus souvent mis en périphérie des facteurs explicatifs des difficultés scolaires. Ceci au profit d'une naturalisation¹⁴⁹ des difficultés des élèves : les diagnostics scolaires se sont multipliés au point d'en devenir l'interprétation privilégiée. Comment expliquer cette invisibilisation permanente des facteurs sociaux et environnementaux, pourtant toujours autant corrélés aux difficultés scolaires, quels que soient l'angle sous lequel on les envisage et la manière dont on les nomme ? Comment comprendre l'ensemble des mesures prises par les politiques, essentiellement individualisantes et visant un repérage de plus en plus précoce des troubles ? Nous pouvons avancer l'hypothèse que les diagnostics scolaires profitent au politique par la naturalisation de l'origine des difficultés, et du même coup par le masquage des inégalités socioéconomiques qu'ils opèrent. Les difficultés scolaires, ramenées à une nature, permettent d'occulter, par exemple, les questions d'aides sociale et économique en direction des familles les plus défavorisées, ou d'une plus grande mixité au sein des établissements scolaires. La puissance des diagnostics scolaires semble résider dans leur capacité à apporter

¹⁴⁶ Le terme sociodicée est un néologisme formé par Bourdieu sur le modèle de la théodicée de Weber. La sociodicée désigne la justification théorique des privilèges, et donc des inégalités sociales.

¹⁴⁷ À l'exception sans doute du haut potentiel, qui semble bien concerner les enfants issus de milieux plus favorisés (Lignier, 2012).

¹⁴⁸ Et ce flou est socialement fonctionnel.

¹⁴⁹ Nous entendons ce terme au sens donné par Andler de la visée « à rendre compte du mental et du social en les considérant uniquement sous leurs aspects naturels, ou encore en les traitant comme des objets naturels. » (Andler, 2011 : 16).

une réponse en apparence simple à des questions complexes. En effet, les difficultés scolaires recouvrent une foule de facteurs, circonstances et temporalités singulières, tout comme le décrochage : il n'y a pas une situation semblable à une autre, malgré leur homogénéité apparente. La réduction de ces difficultés à une nature, endogène à l'individu, permet de ne pas en questionner tous les aspects, dont nous venons de voir qu'ils sont pluriels.

7.1.2. *Conversion des difficultés scolaires en diagnostics et postures fatalistes*

Nous allons à présent explorer quelques conséquences supplémentaires à cette conversion des difficultés scolaires sous forme de troubles. Adopté par les politiques publiques éducatives, le discours dominant, articulé à ses dispositifs, signe l'ambition des neurosciences cognitives de régler les rapports sociaux (y compris éducatifs) en les ramenant à une dimension endogène à l'individu. Dans le champ de l'éducation, que cette nature soit envisagée comme neurocognitive ou psychologique, elle permet d'amener une réponse relativement simple à des questions mobilisant plusieurs dimensions souvent intriquées. Ce discours est particulièrement opérant, en cela qu'il apporte une satisfaction que nous pouvons qualifier de trompeuse, tant au niveau politique que pour les familles des enfants diagnostiqués. En effet, à l'ère de la neurodiversité¹⁵⁰ (Ortega, 2009) ou de la neurotypie (Habib, 2018) — et son pendant, la neuroatypie — les troubles dys, le TDAH ou le HPI ont plutôt bonne presse, et comportent une part rassurante pour les familles, en cela qu'ils écartent les hypothèses de déficience, d'un manque de motivation, de fainéantise, etc. Tout comme l'écrit Garcia au sujet de la dyslexie, ce diagnostic peut contrer la stigmatisation scolaire et les qualifications de l'élève comme « *paresseux* » ou « *bête* » (2013 : 117). Le verdict semble moins sévère, mais il n'en est pas moins réifiant, et peut mener l'élève dans un parcours scolaire aménagé dont il pourrait avoir du mal à s'extraire. De surcroît, un diagnostic, quel qu'il soit décharge l'élève d'une certaine responsabilité dans ses apprentissages. Autrement dit, l'empêchement reconnu médicalement risque d'entraver

¹⁵⁰ Concept d'origine nord-américaine, amené dans le cadre de l'autisme, avec une prise de distance avec les théories psychanalytiques au profit des approches neurobiologiques et génétiques.

l'implication de l'enfant au-delà de ce qui lui est reconnu comme possible¹⁵¹ par les professionnels de santé qui l'entourent.

C'est par la même dynamique que la naturalisation des difficultés scolaires amène les acteurs à des considérations fatalistes, nous l'avons observé de manière indéniable au travers de nos entretiens. Rappelons que les médecins scolaires et inspecteurs de notre échantillon, ainsi que la plupart des chefs d'établissement et une part non négligeable des enseignants mentionnent la durabilité des troubles, le repérage et les remédiations nécessaires. Rappelons ici la citation emblématique de ce phénomène, dont Mme B. nous a fait part lors de notre entretien :

« je veux dire c'est pas curable, la dyslexie, c'est vraiment un cheminement neurologique qui est différent, donc il faut leur donner des stratégies, des outils pour contourner la difficulté... donc, tant qu'ils sont dans les apprentissages, qu'ils sont dans la découverte à chaque fois de nouvelles choses, il faut leur apprendre de nouvelles stratégies. » (Mme B. principale collègue : l. 306-310)

Donner la forme de « trouble » aux difficultés scolaires permet de les localiser quelque part, ce qui comporte une dimension rassurante. Il y a cependant des effets pervers inattendus à ces désignations, en lien avec le risque effectif d'un étiquetage que nous avons examiné plus haut. À l'appui de plusieurs études nord-américaines¹⁵², Gonon montre combien la vision des troubles d'ordre psychiatrique comme neurobiologique (donc endogènes) ne contribue aucunement à leur déstigmatisation. Cette conception produit même l'effet inverse : « *les personnes qui la partagent ont une plus forte réaction de rejet à l'égard des malades et sont plus pessimistes quant aux possibilités de guérison.* » (Gonon, 2014 : 55). Fondés en nature, inscrits dans le soma des sujets, les troubles sont logiquement plutôt perçus du côté de l'irréductible. Souvenons-nous des dernières études et méta-analyses publiées concernant les diagnostics scolaires : ces considérations globales sur les pathologies d'ordre psychiatrique s'y transposent aisément. Giroux résume les effets de cette approche neurocognitive au sujet des troubles dys :

« La résurgence, depuis quelques années, du diagnostic de la "dyslexie" ainsi que la multiplication des diagnostics de type "dys" ont sans doute favorisé l'emploi du terme "dyscalculique" et du coup, la réification de la dyscalculie. Le diagnostic de la dyscalculie est cependant lourd de conséquences, considérant qu'il renvoie à un dysfonctionnement des

¹⁵¹ C'est-à-dire entrant dans ses capacités, souvent décrites comme bridées ou altérées par le trouble.

¹⁵² Références des études : Hinshaw S.P. & Stier A. (2008). « Stigma as related to mental disorders », *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, vol. 4, pp. 367-393 ; Pescosolido B.A., Martin J. K., Long J. S. et coll. (2010). « A disease like any other » ? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence », *Am. J. Psychiatry*, vol. 167, n° 11, pp. 1321-1330.

fonctions cognitives dont l'origine serait génétique. De plus, il faut bien reconnaître qu'actuellement, aucune intervention spécifique qui permettrait une rééducation de ce trouble n'est connue » (Giroux, 2013 : 62)

Si aucune étiologie somatique n'est aujourd'hui connue pour les diagnostics scolaires, les enfants qui en sont porteurs sont pourtant toujours ramenés à leur nature, leur cerveau, leur cognition — atypiques ou défectueux, peu importe le terme : déviante à la norme scolaire. Ceci alors même que les lignes de démarcation entre les différents types de troubles restent extrêmement floues (Frances, 2013 : 60). Et, nous l'avons vu, la délimitation entre difficulté scolaire et diagnostic est également très mouvante et incertaine, dans les recherches comme dans les pratiques de terrain.

L'appréhension endogène des difficultés scolaires s'approche de ce que Lemerle nomme la « *biologisation pratique* » :

« Ce mode de biologisation réduit les individus à certaines de leurs propriétés biologiques, appréhendées au moyen de paramètres définis par la biométrie, les tests génétiques, les tests de mesure du quotient intellectuel, l'imagerie cérébrale fonctionnelle, etc. » (Lemerle, 2016 : 87)

C'est précisément ce que nous observons dans le parcours d'un élève en cours de diagnostic : une orientation vers un psychologue pour passer un test de WISC (échelle de QI) ou vers un orthophoniste pour évaluer son niveau de conscience phonologique, etc. L'enfant ou l'adolescent rencontrera un ou plusieurs professionnel(s) de santé à même de mesurer par des outils spécifiques ses difficultés, en vue de les qualifier puis de les diagnostiquer.

Mais revenons à la biologisation pratique : elle peut avoir, selon Lemerle, une utilité pour les sujets, qui peuvent y trouver un appui pour se définir, c'est ainsi que les personnes concernées peuvent contribuer à diffuser les diagnostics scolaires. En effet, si nous songeons à notre pratique professionnelle clinique, combien avons-nous rencontré d'adolescents se définissant avant toute chose comme « dyslexique », « en phobie scolaire », etc., comme pour se donner une contenance, au début d'un premier entretien ? Et combien de parents, présentant également la situation de leur enfant avant tout sous cet aspect ? La diffusion de ce discours dans l'espace social peut correspondre à une certaine forme de « *biologisation culturelle* », c'est-à-dire l'« *inclusion dans le langage courant d'images, de thèmes, de métaphores, inspirées (plutôt qu'issues) du discours scientifique.* » (*ibid.* : 91-92). Cette

forme de biologisation n'a pas besoin de preuve ou garantie scientifique pour s'inscrire dans la culture¹⁵³. Lemerle précise :

« certaines formes connaissent une vaste diffusion parce qu'elles sont émises à partir de positions de discours légitimes, soit, dans les formes sociales actuelles, les instances de vulgarisation, les organismes de formation, les industries culturelles ainsi que les institutions dédiées d'une manière ou d'une autre à une activité de communication à visée performative (monde politique, management, publicité...). » (*id.* : 92)

C'est manifestement ce à quoi nous assistons du côté des diagnostics scolaires : malgré l'absence de fondement et d'unité de ces désignations, elles sont reconnues socialement et politiquement.

Comme nous l'avons vu, cette reconnaissance donne lieu à la mise en place de nombreux dispositifs dédiés à l'aide des élèves diagnostiqués, au sein même du champ scolaire. Cette redéfinition endogène des difficultés scolaires semble bien permettre de croire en une certaine automatisation des remédiations possibles. On assiste en effet depuis une dizaine d'années à une externalisation accrue vers des professionnels du soin pour toutes les tâches peu « nobles » de l'apprentissage — ce que Morel nomme « *la délégation du sale boulot* » (par exemple en lecture l'apprentissage du code, du déchiffrage avant de passer au sens) (2014 : 62). Songeons également aux enfants diagnostiqués dysgraphiques ou porteurs d'un trouble développemental de la coordination qu'on orientera vers des graphothérapeutes ou des ergothérapeutes afin d'améliorer la qualité de leurs productions écrites. Aux enfants porteurs d'un TDAH qui se verront prescrire des séances de rééducation en psychomotricité pour mieux tenir les contraintes d'immobilité au sein de l'école. En France, une profession émerge depuis les années 2010 : celle d'orthopédagogue, particulièrement révélatrice de la technicisation des apprentissages. Le site de l'Union des orthopédagogues de France définit ainsi cette pratique professionnelle :

¹⁵³ Au sens anthropologique du terme, de ce qui fait signification commune pour les individus d'une société donnée.

« L'Orthopédagogie est la “ science de l'éducation ” dont les missions sont de PRÉVENIR, ÉVALUER et REMÉDIER aux difficultés scolaires et aux troubles d'apprentissage.

Sa pratique prend appui sur la recherche en Pédagogie, en Didactique, en Neurosciences et Sciences cognitives.

[...]

L'évaluation en orthopédagogie consiste à déterminer le niveau de connaissances ainsi que les stratégies cognitives utilisées,

L'intervention en orthopédagogie s'appuie sur les conclusions de l'observation en vue de proposer un accompagnement personnalisé en prévention ou remédiation. » (Union des Orthopédagogues de France, 2015)

Toutes ces professions prennent leur essor « grâce » à la multiplication des diagnostics scolaires, et visent à rééduquer un trouble identifié, ou plus largement à aider les élèves dans leurs apprentissages en établissant des stratégies cognitives adéquates, etc. Ceci au lieu d'observer la situation didactique dans son ensemble, et les malentendus qui peuvent s'y nouer par l'existence d'une part d'implicite, irréductible, dans l'activité d'enseignement (Sarrazy, 2007). Cette vision mécaniste¹⁵⁴ de l'enseignement, issue de la centration sur le cerveau et fondée sur les neurosciences cognitives, ignore cette dimension informulée, et tend à convertir ses effets (difficultés, incompréhensions de certains élèves) en troubles :

« Rien d'étonnant alors à ce que les professeurs soient si friands de ces méthodes fleurissant régulièrement sur le marché scolaire, et qui leur permettraient de les décharger et les soulager de cette perpétuelle, pénible et incertaine négociation du sens des connaissances qu'ils doivent enseigner à leurs élèves. » (Sarrazy, 2002a : 41)

Souvenons-nous de la profusion de guides de recommandations concernant les élèves porteurs de troubles dys, d'un haut potentiel, etc. Les préconisations qu'ils contiennent sont aussi à destination des enseignants. Le PAP est un exemple flagrant de ce mouvement : à un trouble donné correspondra une liste d'aménagements à appliquer pour l'élève diagnostiqué. À la fonction sécurisante de cette protocolisation s'adjoint cependant toujours une dimension réifiante, plus rigide et potentiellement permanente. C'est aussi directement auprès des enseignants que différents professionnels de santé peuvent intervenir. Si, lors des équipes éducatives ou lors d'autres réunions spécifiques au sein de l'école, les médecins et professionnels paramédicaux accompagnant les élèves sont conviés, la création d'équipes

¹⁵⁴ Nous faisons ici référence à la vision d'un cerveau fonctionnant par algorithme, ou devant être rééduqué lorsque certains de ses « mécanismes » dysfonctionnent, comme dans la dyslexie par exemple.

mobiles d'appui médico-social (EMAScol) en 2021 franchit un nouveau pas. Rappelons brièvement leur fonctionnement : ces équipes médico-sociales interviennent directement auprès des professionnels de l'éducation afin de favoriser la sensibilisation aux aspects relatifs au handicap. Le champ scolaire s'hybride aux champs sanitaire et médico-social de manière de plus en plus resserrée. Pour le dire autrement, il n'est plus question pour les enseignants d'exercer leur métier en dehors de l'intervention plus ou moins directe des différents professionnels de santé pour ce qui concerne les élèves porteurs de diagnostics scolaires.

Résumons ce que nous venons d'aborder : la naturalisation des difficultés limite les acteurs du champ scolaire dans leurs actions possibles avec ces élèves. Cela peut même les amener à des postures fatalistes et à un sentiment d'impuissance. En effet, les troubles sont définis comme durables, et ils nécessitent des rééducations et/ou aménagements pédagogiques définis à partir des savoirs produits par les neurosciences cognitives. Au-delà du risque de mise en conformité de l'élève avec l'étiquette qui lui a été apposée, nous voyons s'imposer l'idée que les diagnostics scolaires ne seraient pas traitables de manière pédagogique, sans suivre les recommandations des professionnels de santé. Nous allons à présent approfondir cette question, cruciale et centrale, de la disqualification, voire d'un dessaisissement pédagogique, amené par l'idée même que les difficultés scolaires relèvent de troubles.

7.1.3. Médicalisation des difficultés : vers un dessaisissement pédagogique

L'information et la diffusion des savoirs peuvent produire des effets paradoxaux : une fois que l'on sait, on ne sait plus comment faire. En ce sens, Dufour relate¹⁵⁵ la manière dont, après une consultation d'éducation à la santé, une mère et une grand-mère (de cinq petits-enfants) se trouvent soudainement paniquées à l'idée de faire manger des œufs à leurs

¹⁵⁵ À partir de l'exposé du Dr Sandrin sur l'éducation à la santé, lors de l'assemblée générale de l'Association des enseignants et des chercheurs en sciences de l'éducation du 5 novembre 1994.

enfants, ce qui pourrait être dangereux pour eux. Cette soudaine confusion, Dufour la qualifie de « *panne symbolique* » et de « *soudaine perte d'autonomie et de sens pratique* » :

« Comment se fait-il qu'à un moment donné un sujet ne sache plus embrayer, ne sache plus par quel bout prendre le moindre problème, ne sache plus se référer à ses propres pratiques et ne sache plus rien décider là où il savait d'emblée — ce serait là un cas fort intéressant de passage au non-acte, pourrait-on dire. » (Dufour, 1996 : 150-151)

Cet exemple n'est pas sans lien avec ces acteurs qui se disent « coincés » par l'étiquette du trouble, à l'instar de Mme D., qui se trouve déstabilisée dans son savoir-faire pédagogique dès lors qu'un diagnostic est posé. Les acteurs se « débrouillent » comme ils peuvent des cas estampillés comme pathologiques, en s'affiliant au discours dominant, en l'ignorant ou bien en s'en défendant. Dans notre enquête, peu d'enseignants prennent clairement leur distance et parviennent à se raccrocher strictement à leurs savoirs pédagogiques (à part Mme F. et Mme Fa.). Souvenons-nous de Mme N., psychomotricienne, qui questionne le caractère immuable d'un trouble, de Mme Na. et Mme Pa., AESH, qui se trouvent démunies face à ces enfants qu'elles ne savent même pas nommer. La pathologie, réelle ou supposée, vient se placer en suspens entre les deux sujets, instiguant une profonde hésitation dans les actions pédagogiques possibles. Mme Ga., professeure des écoles débutante, nous en délivre une illustration particulièrement emblématique, en partageant son désarroi :

« c'est peut-être parce que j'ai pas fait de master 1, mais je me trouve pas assez formée pour gérer l'école de l'inclusion. C'est super, inclure tout le monde, évidemment, mais je trouve qu'on nous donne pas les moyens [...] je trouve que on n'a pas assez d'intervenants [...] si un orthophoniste venait, il me prendrait les trois gamins et puis il les ferait travailler sur les mêmes choses que nous mais différemment [...] des moyens humains ou matériels, tu vois, des soutiens informatiques pour les dyslexiques qui ont du mal à lire sur les petites feuilles [...] ou de la formation à fond. » (Mme Ga., professeure des écoles : l. 572-579)

Il s'agirait pour cette jeune enseignante de pouvoir s'appuyer sur des professionnels aujourd'hui reconnus comme légitimes — ici, les orthophonistes — pour accompagner les élèves en grande difficulté dans leurs apprentissages. Mme J. expose son recours quasi systématique à des bilans et suivis externalisés :

« Moi je vois arriver en CP, je ne me pose pas la question : toi tu bouges dans tous les sens tu vas aller me faire un bilan neuropsychologique. Et la preuve, il a été diagnostiqué TDAH. Là, un petit, pareil, qui écrivait, c'était une cata, j'ai dit tu vas aller voir une graphothérapeute, et en parlant avec elle on s'est dit : “ oui, il y a des troubles de l'attention ” et puis même la maman, avec la maman on s'est mis d'accord, et on a dit il faut aller faire un bilan neuropsychologique aussi. » (Mme J., professeure des écoles : 169-174)

Ainsi, malgré sa familiarité avec les différents diagnostics scolaires qu'elle décrit durant l'entretien, Mme J. investit massivement les consultations des professionnels de santé extérieurs à l'école pour accompagner au mieux ses élèves.

Les enseignants ne sauraient-ils plus faire avec ces élèves « agités », « en difficulté » avec l'écriture, la lecture, etc., sans un étayage médical ou paramédical ? Le discours des politiques publiques éducatives semble bien encourager ce mouvement, à l'appui des recommandations du CSEN. La redéfinition des difficultés scolaires en troubles dépossède en partie les acteurs¹⁵⁶ de leur savoir-faire pédagogique : ils ne savent plus jusqu'où aller et comment, dans leurs actes d'enseignement avec ces enfants. En effet, pour un enfant diagnostiqué TDAH, comment savoir ce qu'on peut lui proposer comme contenu d'enseignement, comme rythme, comme forme didactique ? Les professionnels de l'éducation ignorent les caractéristiques des troubles, et doivent composer avec une certaine opacité par rapport à ce qu'ils peuvent exiger ou non d'un enfant diagnostiqué. Reprenons la conclusion de Dufour sur cette perte de repères, en lien avec l'individualisation croissante d'un sujet autonome juridiquement évoluant au sein d'une démocratie de masse :

« C'est paradoxalement un *sujet supposé ne rien savoir* et qui, comme tel, doit être assisté dans tous ses actes sociaux. Comme si la seule chose sérieuse qui pouvait désormais arriver dans cette société des individus qu'est la démocratie, c'est la perte du savoir de soi, de la présence à soi et de la disposition de soi. » (*ibid.* : 158)

Deux rapports édités en 2021 par la DEPP montrent clairement cet effet pervers de la conversion des difficultés scolaires en troubles. Le rapport « *Repères et références statistiques* » fait apparaître que 47 % des enseignants exerçant en élémentaire expriment un besoin de formation sur l'enseignement aux élèves ayant des besoins éducatifs particuliers¹⁵⁷. C'est le besoin de formation le plus haut, dépassant de loin les formations aux TICE et aux approches pédagogiques individualisées (DEPP, 2021b : 311). Le rapport sur « *L'état de l'école* » met en lumière le lien entre le stress ressenti par les professeurs des écoles et les élèves à besoins éducatifs particuliers :

¹⁵⁶ Nous faisons référence ici particulièrement à la catégorie des enseignants, mais également à tout adulte en posture éducative auprès de ces enfants.

¹⁵⁷ Métacatégorie qui rassemble les élèves porteurs de diagnostics scolaires : porteurs de troubles dys, d'un TDAH, à haut potentiel, en phobie scolaire ; aux côtés des élèves allophones, sourds, autistes, etc.

« Les sources importantes de stress au travail diffèrent selon le degré d'enseignement. Les professeurs des écoles citent, pour le plus grand nombre l'adaptation des cours aux élèves à besoins éducatifs particuliers, le fait d'être tenu responsable de la réussite de leurs élèves et d'avoir trop de cours à préparer. [...] Ces professeurs stressés identifient comme premières sources de stress, dans le premier degré, le fait d'être tenu responsable de la réussite de leurs élèves et de devoir adapter les cours aux élèves à besoins éducatifs particuliers. En outre, ceux-ci rapportent une composition de classe sensiblement différente de celle des autres enseignants : ils sont 46 % à compter dans leur classe plus de 10 % d'élèves ayant des besoins éducatifs particuliers (contre 30 % pour les enseignants " très peu " ou " pas du tout " stressés). » (DEPP, 2021a : 42)

Les élèves porteurs de diagnostics scolaires constituent une part conséquente des élèves à besoins éducatifs particuliers. L'effet de dessaisissement pédagogique est manifeste : les professeurs des écoles se déclarent peu capables, avec leur seule formation, d'enseigner à ces élèves. Pris entre l'injonction à faire réussir tous les élèves¹⁵⁸ d'une part et la nécessité d'adapter les contenus, formes et rythmes pédagogiques à chacun selon ses besoins spécifiques d'autre part, les enseignants semblent bien ne plus savoir comment répondre. Savournin souligne cet effet de disqualification :

« Les propos recueillis auprès d'enseignants débutants ou expérimentés, partagés entre la quête de réponses techniques fondées scientifiquement pour répondre aux besoins des élèves et le sentiment de leur propre incompétence, témoignent ainsi d'effets de disqualification des connaissances et savoir-faire issus de leur propre champ professionnel. » (Savournin, 2016 : 45)

En effet, les enseignants ont forcément à faire avec la difficulté scolaire — c'est même leur base de travail, puisqu'ils se trouvent face à des élèves encore ignorants du savoir visé par l'enseignement. Les neurosciences cognitives confisquent ainsi un savoir possible sur soi et les autres en technicisant l'enseignement aux élèves « troubles ». Champy résume ainsi la prééminence des neurosciences cognitives au sein du champ de l'éducation, et la confiscation de l'action pédagogique possible :

« À en croire cette médiatisation massive, plus personne ne saurait avoir un avis autorisé sur l'École et les façons d'y organiser les apprentissages sans prendre en considération scrupuleusement l'"apport des neurosciences". Tout un chacun est tenu de devenir un familier du cerveau, avec l'aide orientée des experts en neuro-éducation, dont les interventions sont toujours accompagnées de clichés d'IRM en couleurs exhibant les neurones en action. » (Champy, 2019 : 197-198)

¹⁵⁸ Qui est l'injonction répétée des politiques publiques éducatives de ces dernières années.

Les acteurs ont donc de quoi se sentir perdus et/ou trop peu formés pour enseigner aux élèves dits à besoins éducatifs particuliers, puisque ces derniers convoqueraient des savoirs et savoir-faire externes aux champs didactique et pédagogique.

Ce nouveau modèle transforme les difficultés scolaires en troubles irrémédiables par la seule action pédagogique¹⁵⁹, puisqu'ils sont inscrits dans le soma et/ou la psychologie de l'enfant. La notion de trouble, qui ramène fondamentalement le sujet à lui-même (son soma, son psychisme), amenuise la référence possible à autre chose que la causalité endogène supposée. Nous rapprochons cette conséquence à la notion de définition autoréférentielle, que Dufour expose en reprenant la définition du « je » par Jakobson et Benveniste : « *est je qui dit je* ». Là où, « [...] *avant, on avait toujours pu — ou su — définir le “ je ” par autre chose que par lui-même.* » (Dufour, 1996 : 28), de la distance infranchissable dans la *Physis* jusqu'à celle plus réduite entre l'individu et la collectivité dans la République. Ainsi, quelle que soit l'instance de référence pour définir les sujets, il y a toujours eu le maintien d'une certaine distance (c'est nous qui soulignons) :

« La distance se réduit — mais elle se maintient. Or, je veux précisément vous entretenir du moment où, en quelque sorte, la distance s'annule en devenant distance de soi à soi. Tout s'inverse en effet **lorsqu'on ose définir le “ je ” non plus par un autre, quel qu'il soit, mais par lui-même** : on passe alors d'une définition binaire du “ je », du type “ A est défini par B ” ou “ x fonction de y ” (où il y a bien deux termes en rapport) à une définition à un terme ou unaire du “ je ” qui est une proposition où l'on renvoie en prédicat le sujet même de la phrase, comme pour le “ je ” de l'énoncé “ est je qui dit je ”. » (*ibid.* : 29-30)

Nous pourrions dire, en ce qui concerne nos objets : « *est dys qui est dys* », autrement dit, qui par ses caractéristiques neurocognitives supposées, est tel qu'il est, notamment dans son rapport aux apprentissages. Être porteur d'un diagnostic scolaire, c'est finalement ne plus pouvoir se définir que « *de soi à soi* », sans autre support possible.

Cette nouvelle définition du sujet est plutôt bien investie par certaines familles, notamment celles issues des classes moyennes voire supérieures (Garcia, 2013 ; Morel, 2016). Les auteurs montrent également le rôle des familles dans l'adoption des interprétations médico-psychologique des difficultés scolaires, puisque ces derniers leur permettent, comme nous

¹⁵⁹ C'est particulièrement clair pour les troubles neurodéveloppementaux définis comme « durables », c'est-à-dire devant être pris en charge, rééduqués et remédiés tant que l'enfant sera en apprentissage. Mais ce modèle s'applique aussi aux enfants à haut potentiel, dont le fonctionnement neurocognitif est reconnu comme différent, et aux élèves en refus scolaire anxieux, ramenés à leur supposé déséquilibre psychologique.

l'avons vu plus haut, de contrer des interprétations plus péjoratives. Lignier souligne « *l'appropriation accrue par certains parents, de nouveaux diagnostics de l'enfance*¹⁶⁰ *qui concernent directement des problèmes typiquement scolaires.* » (2015 : 183). Selon Morel, ces diagnostics se diffusent par l'articulation entre les professionnels de santé, les acteurs du champ scolaire et les familles :

« Les parents s'appuient sur les préconisations des professionnels de santé pour obtenir certains aménagements scolaires (refus ou obtention d'un redoublement, saut de classe, choix de classe ou d'établissement, adaptations pédagogiques, obtention d'une auxiliaire de vie scolaire, temps supplémentaires aux examens, etc.). » (Morel, 2016 : 240)

Nous ne pouvons cependant pas occulter le rôle essentiel des politiques publiques, qui, par la mise en place de dispositifs de repérage et de remédiations¹⁶¹, contribuent largement à tendre vers une définition autoréférentielle du sujet rencontrant des difficultés scolaires. Il n'y a ainsi presque plus de distance entre le sujet et son étiquette, la relation (pédagogique ou thérapeutique) est jugée inutile, voire nuisible, si elle n'est pas guidée par les bonnes pratiques, issues des recommandations des neurosciences cognitives. Il suffirait en effet de reconnaître et coder des items à partir des manifestations de l'enfant, puis de mettre en place les aménagements correspondants. Cela se matérialise par exemple dans le document de plan d'accompagnement personnalisé (PAP), où le médecin et les professionnels de santé peuvent cocher les aménagements estimés nécessaires en fonction du trouble diagnostiqué :

Pour le français : « *grouper les mots par similitude orthographique/phonologique, faire des listes, utiliser les couleurs pour segmenter les mots, les phrases* » ; pour les mathématiques : « *utiliser la schématisation en situation problème* »¹⁶² ; pour l'histoire-géographie : « *autoriser la lecture de documents avec un guide de lecture ou un cache* », pour les situations d'évaluation : « *limiter la quantité d'écrit (recours possible aux QCM, exercices à trous, schémas...)* », « *ne pas pénaliser les erreurs (orthographe grammaticale, d'usage) et le soin dans les travaux écrits.* », etc.

¹⁶⁰ Il fait ici référence notamment aux troubles dys, à l'hyperactivité et au haut potentiel intellectuel.

¹⁶¹ Déjà mentionnés plus haut (partie 3) : dépistage généralisé à 6 ans, plateformes de coordination et d'orientation pour les troubles neurodéveloppementaux, remboursement des bilans et consultations diagnostiques, contrainte des professionnels de santé à l'adoption de « bonnes pratiques » issues des neurosciences cognitives, large palette d'aménagements scolaires, etc.

¹⁶² Ce qui revient à vider le problème de son sens arithmétique : « il y a dix fleurs dans le vase, si on en avait enlevé cinq car elles sont fanées, combien y'avait-il de fleurs dans le vase à l'origine ? ». En schématisant ce problème, on le réduit à un simple problème calculatoire : $10 + 5 = 15$; car le schéma indique à l'élève les relations entre les nombres (ce qui constitue la difficulté essentielle de ce type de problème).

Au-delà de cette subordination manifeste de l'exercice enseignant aux recommandations des professionnels de santé (et la rigidification des pratiques qui peut en découler), ces dispositifs continus¹⁶³ risquent bien de confondre l'élève avec son diagnostic. La distance entre le sujet et son symptôme est effectivement ce qui permet un certain « jeu », un certain mouvement, comme nous l'avons vu au travers de nos entretiens. Nous pouvons songer aux acteurs parvenant à se départir du discours dominant ; Mme F. insiste sur le cœur de métier et la liberté enseignante, soit la remédiation pédagogique :

« à l'école, je me dis quand même que, notre principale remédiation, elle doit quand même rester pédagogique. C'est-à-dire que, il y a des enseignants maintenant qui ont un peu tendance aussi à médicaliser la difficulté scolaire. [...] il y a des enfants, des fois, qui ont besoin d'orthophonie, mais nous notre boulot, c'est quand même bien de leur apprendre... je pense au CP, par exemple, au niveau de la lecture [...] il y a aussi beaucoup d'enfants qui inversent mais qui n'ont pas besoin d'orthophonie non plus. Et moi je me suis quand même beaucoup battue pour dire que notre principal objectif, c'était la remédiation pédagogique. [...] Et qu'après il y avait à l'extérieur, effectivement, des personnes compétentes quand il y avait besoin de rééduquer un trouble. » (Mme F., professeure des écoles retraitée : l. 662-672)

M. E. relate ce qu'il a mis en place avec un enfant se présentant d'emblée comme dyslexique et dysorthographique :

« je lui dis : “ si tu veux on en parle après ” [...] le gamin m'a dit : “ mais tu m'avais dit qu'on parlerait de quelque chose, là ”. Il est revenu vers moi pour me parler de ce qui lui arrivait dans son rapport à l'écriture [...] lui-même s'était ressaisi de la possibilité de parler avec ces mots de ce qui lui arrive avec son stylo, pourquoi il a du mal à écrire [...] c'était des trucs un peu bizarres, de stylo qui écrivait, sur lequel il n'avait aucune maîtrise, qui écrivait tout seul, qui bavait qui crachait » (M. E., psychologue scolaire : 373-383)

Mme N., prenant l'exemple de la dyspraxie, se départit d'un versant uniquement rééducatif pour envisager les sujets qu'elle reçoit en séance dans leur globalité :

« mes suivis sont plus dans une globalité, je repars en fait — un peu avec tous, mais de manière différente — de choses assez centrales qui sont l'axe, les appuis, et de reprendre la consistance d'une structure interne, on va dire. » (Mme N., psychomotricienne : l. 64-66)

Ces extraits de discours, ancrés dans trois disciplines différentes, montrent bien l'écart entre la perception d'un individu par le prisme des troubles, et l'élargissement à sa dimension subjective, pleine et entière, permettant l'instauration d'une toute autre relation (et éventuelle remédiation). Tandis que le fait de confondre — c'est-à-dire de « *mêler si étroitement*

¹⁶³ Le PAP vise à être renouvelé puisqu'il est mis en place dans le cadre de « troubles durables ».

[plusieurs choses ou personnes] *qu'il n'est plus possible de les distinguer* »¹⁶⁴ — difficultés et diagnostics scolaires produit un effet profondément déstructurant. Sans plus de référence possible à autrui, le risque de réification des difficultés scolaires en un trouble endogène est massif.

7.1.4. Synthèse

Il n'existe pas, à notre connaissance, de données statistiques nationales qui pourraient nous renseigner sur le lien entre diagnostics scolaires et origine socioéconomique. Nous pouvons nous en étonner dans une société produisant régulièrement des rapports statistiques dans de nombreux domaines de la vie sociale, économique et politique. Cependant, quelques rapports et recherches prennent en compte le contexte social, économique et/ou culturel comme pouvant influencer sur l'apparition des troubles. Nous avons également vu qu'à partir d'un constat d'inégalités sociales corrélées aux troubles des apprentissages, les préconisations restent de renforcer le dépistage dans les milieux des plus défavorisés (Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, 2013 ; Fluss *et al.*, 2008) ; soit, paradoxalement, de risquer de convertir ces inégalités socioéconomiques en troubles médicalisés. En effet, malgré l'existence d'un lien statistique entre conditions socioéconomiques défavorisées et difficultés d'apprentissage, ces auteurs se cantonnent à l'idée d'un trouble qui serait invariablement présent. Les conditions de vie ne seraient donc qu'un facteur favorisant le développement de ces troubles. C'est bien là que se situe le tour de passe-passe que Bourdieu nomme « sociodicée », et qui sait si bien se rendre invisible. En effet, le discours des neurosciences cognitives, dominant (les textes officiels actuels en témoignent) et imprégnant les pratiques, rend certaine et immuable l'idée d'une cause neurocognitive et/ou psychologique aux diagnostics scolaires. Ce qui vient du même mouvement masquer tous les autres déterminants (sociaux, économiques, culturels) des difficultés scolaires, et sur lesquels il serait possible d'agir.

Les difficultés scolaires sont donc essentiellement perçues sous l'angle de troubles endogènes et relevant de prises en charge spécialisées. Cette conversion pose de sérieuses limites aux enseignants, dans leurs initiatives pédagogiques face à ces élèves. Cela peut aller

¹⁶⁴ Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales, en ligne : <https://www.cnrtl.fr/definition/confondre>.

jusqu'à l'adoption de postures résignées à l'idée que la seule pédagogie serait impuissante à aider les élèves porteurs de troubles. Nous assistons à un mouvement de dessaisissement pédagogique des acteurs, du fait du déplacement des repères dans le champ sanitaire plutôt que pédagogique, pour ces élèves. Les multiples recommandations et outils à destination des enseignants témoignent de ce déplacement : ces derniers doivent être, selon les politiques guidées par les recherches en neurosciences cognitives, étayés pour pouvoir enseigner à ces élèves. La seconde conséquence majeure se situe du côté du sujet diagnostiqué, qui n'est plus défini que par ses caractéristiques endogènes, ce qui redouble le sentiment d'impuissance pédagogique pouvant advenir. En effet, on ne parle plus tellement de l'enfant en tant que sujet, mais bien plus de son cerveau, régi par ses algorithmes. Souvenons-nous de la certitude des chercheurs du CSEN (mentionnées dans la partie 3.3.1.), selon laquelle la connaissance des mécanismes cognitifs et cérébraux de l'apprentissage peut et doit fonder scientifiquement les méthodes éducatives. Mais aussi de la création du groupement d'intérêt scientifique par la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles neurodéveloppementaux, dont les études en cours visent à circonscrire les bases cérébrales des troubles, du développement du langage, etc.

La reconnaissance des troubles, le repérage systématisé, et le diagnostic (pourtant clinique) réduit au remplissage de critères, dépossède à la fois le sujet et les acteurs éducatifs qui l'entourent d'un savoir possible sur ses difficultés et sur les manières, notamment pédagogique, d'y remédier. En plus d'exproprier les enseignants de leurs propres savoirs et savoir-faire, les diagnostics scolaires produisent des effets de masquage d'autres dimensions en jeu dans les difficultés scolaires.

Ces transformations dans l'appréhension des élèves en difficulté scolaire sont profondes et bouleversent les pratiques éducatives. Nous allons poursuivre et clore notre analyse dans la partie qui vient, en nous intéressant aux diagnostics scolaires comme à autant de marqueurs du changement de paradigme éducatif amorcé depuis la Loi Jospin de 1989. Il semble que nous arrivons, actuellement, à l'apogée de l'élève-individu, considéré dans son essence (neurologique, cognitive, psychologique), et dont les besoins particuliers doivent guider les pratiques enseignantes.

7.2. Les diagnostics scolaires, indices d'un changement de paradigme éducatif

Nous venons de voir toute l'hétérogénéité que recouvrent les diagnostics scolaires, mais aussi leur faculté à individualiser les questions pourtant collectives de difficulté ou d'échec scolaires. La puissance du discours médico-psychologique aboutit à une naturalisation de ces questions, produisant dans le même mouvement une invisibilisation des dimensions institutionnelles, socioculturelles et économiques.

Reprécisons ici que ce travail ne traite pas spécifiquement du handicap — dont nous avons vu plus haut les frontières extrêmement floues. *A fortiori*, nous n'incluons pas dans cette recherche ce qu'on pourrait appeler les handicaps fortement invalidants, entravant lourdement les apprentissages de l'enfant¹⁶⁵. Nous nous intéressons à cette multitude d'enfants qui rencontre des difficultés dans les savoirs dits fondamentaux, qui ne tiennent pas en place, qui ont du mal à se rendre à l'école, etc.

Nous allons à présent examiner les liens entre la médicalisation des difficultés scolaires et le rôle aujourd'hui dévolu à l'école, dans le contexte capitaliste et libéral actuel. Dans un premier temps, nous exposerons la dernière partie de nos résultats d'enquête par entretien, soit les perceptions du rôle de l'institution scolaire selon les acteurs. Nous verrons qu'elles reflètent pour une grande part le désarroi ressenti face aux situations de difficultés scolaires médicalisées, notamment par un besoin de formation, de moyens pour repérer et remédier à ces phénomènes, et de liens avec les professionnels de santé. Dans un second temps, nous mettrons ces perceptions en regard de plusieurs analyses macroscopiques, qui permettront *in fine* de percevoir le changement de paradigme éducatif qui s'affirme depuis une trentaine d'années.

7.2.1. Le rôle de l'école selon les acteurs enquêtés

La deuxième partie de chaque entretien consistait à poser la question du rôle de l'école, en tant qu'institution, par rapport à tous ces élèves rencontrant des difficultés et plus

¹⁶⁵ Nous pensons ici aux enfants, quels que soient leurs diagnostics, qui ne peuvent pas supporter la présence des autres autour d'eux, qui présentent des comportements autoagressifs ou d'autres symptômes rendant très complexe leur scolarisation et leur accès aux savoirs.

ou moins diagnostiqués¹⁶⁶. Nous avons rassemblé leurs réponses sous plusieurs thématiques, que nous allons exposer dans cette partie. Chaque catégorie que nous avons formée n'est pas exclusive : par exemple, certains acteurs ont formulé cinq rôles distincts de l'école, tandis que d'autres n'en ont développé qu'un seul.

En premier lieu, examinons les thématiques soulignant les liens resserrés entre les champs sanitaire et scolaire, et abordées par une majorité de nos enquêtés. Nous avons identifié trois types de rôle attribués à l'école et spécifiquement tournés vers les diagnostics scolaires. Le premier rôle consiste à repérer les troubles et à y remédier, le second à sensibiliser et/ou former les professionnels à ce sujet, et le troisième serait de renforcer les liens entre l'institution scolaire et les professionnels de santé (nous avons résumé ces informations dans le tableau figurant en annexe 4.4.).

Constatons une première chose : il n'y a pas de « profil-type », que l'on considère le sexe, le statut, le secteur d'exercice ou même l'ancienneté dans la profession.

Une écrasante majorité des enquêtés (40 d'entre eux, soit 87 % de l'échantillon) attribue au moins un de ces trois rôles à l'institution scolaire : repérer et/ou remédier aux troubles, former les professionnels du champ scolaire à la manière de faire avec ces élèves, et enfin établir plus de lien avec les professionnels ou institutions de santé. Notamment, huit enquêtées ont avancé ces trois catégories comme relevant du rôle de l'école (en gras dans le tableau en annexe). Six d'entre elles exercent en secteur REP ou défavorisé (deux psychologues, une enseignante en collège, une professeure des écoles, une AESH et une médecin scolaire) et deux en secteur favorisé (une inspectrice et une professeure des écoles).

Seulement six des 46 enquêtés n'ont mentionné aucune de ces trois missions lorsqu'il s'est agi de définir le rôle de l'école par rapport à ces phénomènes (en italique dans le tableau ci-dessus). Nous retrouvons dans ce groupe marginal trois des six psychologues de l'Éducation nationale. En matière de secteur d'exercice, cinq enquêtées exercent en secteur REP ou défavorisé (deux professeures des écoles, dont une en RASED, deux psychologues et une médecin scolaire) et seulement un psychologue en secteur favorisé. Comment pouvons-nous analyser cette catégorie d'acteurs, véritable poche de résistance au sein de notre échantillon d'enquête, si les différentes variables ne suffisent pas à l'expliquer ? Nous nous sommes

¹⁶⁶ Comme nous l'avons vu plus haut, tous nos enquêtés n'ont pas développé de manière égale le sujet des diagnostics scolaires lors de l'entretien.

intéressée plus précisément à la trajectoire, à la formation et aux Arrière-plans — au sens de Searle — de ces acteurs. Considérons les trois psychologues : Mme M. et M. E. orientent leur travail avec la psychanalyse, et adoptent une posture décalée par rapport aux diagnostics qui peuvent être posés. Mme M. critique essentiellement le cadre qu’offre l’école, trop peu souple selon elle, ainsi que les savoirs trop abstraits qu’elle propose. Elle prône, par exemple, un enseignement modulaire :

« Il y a des réformes importantes et structurelles à faire, et je pense que l’école doit gagner en souplesse dans ses dispositifs et dans la façon de faire cours [...] ce serait vraiment qu’on puisse avoir un enseignement qui soit modulaire, non plus seulement monter de niveau, comme ça : sixième, cinquième, quatrième, troisième... » (Mme M., psychologue scolaire : l. 642-645)

M. E. se montre particulièrement critique des diagnostics scolaires : il a lui-même effectué une recherche universitaire¹⁶⁷ sur le TDAH, et mentionne beaucoup d’auteurs pour appuyer ses propos. Mme U. est psychologue en fin de carrière, et elle exprime beaucoup de modestie dans les solutions qu’elle pourrait proposer aux problématiques évoquées. Elle explique avoir connu plusieurs époques, ayant vu différentes théories se succéder, du plein essor de la psychanalyse jusqu’aux neurosciences actuellement dominantes. Mais elle fait aussi et surtout référence à l’environnement des enfants, défavorisé et avec des surstimulations constantes (notamment par les écrans) et peu de limitations en général imposées par la société. Ceci tandis que l’école, elle, reste très contraignante et donc potentiellement décalée par rapport au rythme de vie que les enfants connaissent à l’extérieur. Mme P. est médecin scolaire depuis douze ans, avec une expérience de dix ans de médecine générale auparavant. Pour ce qui est du rôle de l’école, elle reste centrée sur la notion de bienveillance, qui, pour elle, est sa mission centrale et première. Elle mentionne, d’après un poème encadré sur son bureau, qu’il faut plutôt s’élever à la hauteur des sentiments des enfants, et accepter, voire même encourager l’erreur, puisque c’est, selon elle, comme cela qu’on apprend. Mme Y. et Mme D., les deux professeures des écoles, nous donnent également à voir leurs Arrière-plans particuliers. Mme Y. raconte avoir travaillé à la chaîne dans une usine avant de réussir le concours pour enseigner. Elle a débuté en CLIS (ancienne dénomination des ULIS élémentaires), et évoque beaucoup les milieux familial et social défavorisés des enfants, comme cause à leurs difficultés scolaires. Mme D. exerce en RASED et en tant

¹⁶⁷ Nous restons volontairement vague sur la nature et le statut de cette recherche, pour des raisons d’anonymisation.

qu'enseignante spécialisée depuis 25 ans. Elle détient un Master et mentionne avoir hésité à poursuivre sa carrière au sein de l'université, préférant finalement rester avec les enfants. Elle aborde les diagnostics scolaires d'une façon assez originale, puisqu'elle mentionne que ces étiquettes la bloquent, parfois, dans l'aide qu'elle peut apporter aux enfants. Elle cherche ainsi plutôt à s'en décaler, voire à s'en défaire. Sur le rôle de l'école à proprement parler, elle est convaincue que l'école devrait raconter plus de grands récits fondateurs et de mythes aux enfants. Nous voyons ainsi comment les parcours et expériences singulières de ces six acteurs viennent influencer sur leurs manières de faire et les idéaux pédagogiques qu'ils peuvent projeter sur l'institution scolaire.

Dix-huit des enquêtés n'ont mentionné qu'une seule des trois catégories ci-dessus, tandis que 14 en ont mentionné deux. Il y a peu d'intérêt à produire une analyse quantitative des réponses à cette question du rôle de l'école, mais nous pouvons néanmoins en tirer quelques tendances et succinctement les illustrer.

Nous l'observons dans la quatrième colonne du tableau, 29 enquêtés considèrent que repérer et/ou remédier aux diagnostics scolaires fait partie intégrante du rôle de l'école contemporaine. Ce résultat est un véritable marqueur du changement de paradigme éducatif que nous allons détailler plus bas. L'institution scolaire semble devoir intégrer un volet médico-psychologique, voire neurocognitif, dans sa prise en charge des difficultés des élèves.

Sur les 26 enquêtés exprimant un besoin de formation, 23 centrent cette demande sur les diagnostics scolaires et la manière de faire avec ; nous les observons dans la cinquième colonne du tableau. Par exemple, les trois AESH sont unanimes à ce sujet. Nous avons vu plus haut qu'elles se déclarent effectivement démunies, sans notion des troubles des enfants et de la manière de les accompagner. Sur cette question de la formation, trois enquêtées se singularisent. Nous retrouvons Mme U., qui préconise une formation à destination des enseignants pour leur apprendre à interagir avec les parents d'élèves :

« des jeunes enseignants qui sortent (de formation), quand j'en croise, me disent : “ voilà, s'occuper des enfants dans le premier degré, ok, mais ce dont personne ne nous a prévenus, c'est qu'on avait aussi les parents sur le dos ! ”. Et ça, c'est un monde ! » (Mme U., psychologue scolaire : 879-882)

Mais aussi Mme D., qui évoque la formation des enseignants de manière globale, comme une composante essentielle pour enseigner et mettre en place « *une relation sobre, confiante, bienveillante* » (l. 760-761). Mme C. décrit un besoin de formation pour travailler de manière cohérente avec les AESH :

« c'est pas toujours simple, de savoir qui fait quoi. [...] nous, on a la gestion de la classe et la gestion pédagogique. [...] Mais, quand on est en présence d'une AESH, il faut savoir qui intervient : c'est la maitresse, c'est l'AESH ? Quelle est la mission de chacune, et dans quel cadre ? [...] Pour l'instant, moi je n'ai jamais eu une seule formation sur comment travailler avec les AESH. [...] Or, on est quand même deux dans la classe : ça s'apprend, moi je trouve. » (Mme C., coordinatrice REP : l. : 83-94)

Considérons la sixième colonne du tableau : 18 enquêtés plaident pour un renforcement des liens et/ou une meilleure communication entre l'école et les professionnels de santé externes. Rappelons que cette question de notre entretien était une question ouverte à toutes les projections possibles. Mme L., au sujet de la prise en charge des troubles dys par l'institution scolaire, dénonce :

« L'Éducation nationale, de ce côté-là, elle ne fait pas son job. Elle refuse que les professionnels rentrent dans les écoles, elle refuse que les ergothérapeutes, les orthophonistes viennent dans l'école pour pouvoir prendre un enfant. » (Mme L., professeure des écoles : 848-850)

Si tous les enquêtés ne vont pas si loin, nous pouvons tout de même souligner la restitution du discours dominant par près de 40 % de nos enquêtés, sous cette forme particulière d'un rapprochement entre les champs scolaire et sanitaire.

Ces trois rôles de l'école, mentionnés spontanément par autant d'enquêtés, sont de véritables indices du changement de paradigme à l'œuvre au sein de l'institution scolaire. Nous le développerons dans la partie suivante.

Exposons à présent les mesures moins spécifiques à la stricte question des diagnostics scolaires, qui ont également émergées de nos entretiens.

Quatorze acteurs insistent sur la nécessité de baisser les effectifs de classe. Cette préconisation est théoriquement liée au manque de moyens (que nous évoquerons plus bas), mais nous l'avons isolée en raison du nombre d'enquêtés l'ayant spécifiquement mentionnée. Il n'est pas étonnant de retrouver dans cet ensemble une majorité

d'enseignantes¹⁶⁸ (n=9), puisqu'elles sont directement concernées par ce type de mesure. S'ajoutent à cet ensemble une infirmière en hôpital de jour (Mme R.), deux AESH en REP (Mme Na. et Mme Pa.) et un psychologue scolaire en secteur plutôt favorisé (M. E.). Il n'y a donc pas de spécificité par rapport au secteur d'exercice lorsqu'il s'agit d'imaginer des élèves moins nombreux en classe ; avec cinq actrices en secteur défavorisé ou REP, six acteurs en secteur favorisé et deux en hôpital de jour.

Sept de nos enquêtés, éclectiques dans leurs métiers et secteurs d'exercice¹⁶⁹, affirment que le rôle de l'institution scolaire consiste plutôt en une remédiation de type pédagogique. De manière cohérente, ces sept actrices et acteurs ne sont pas affiliés au discours dominant dans leurs propres pratiques, selon les variables précédemment examinées (3MED 0 ; REPER 0 et REMED 0, cf. partie 5.1.2). Mme Y. explique former de petits groupes d'élèves selon leur avancement dans les apprentissages, pour gérer l'hétérogénéité de la classe :

« faire des groupes de besoins, c'est-à-dire prendre les enfants où ils en sont dans leur apprentissage, pour leur permettre de progresser à leur rythme. Ça, j'ai vraiment l'impression que c'est quelque chose que les enseignants font. » (Mme Y., professeure des écoles : l. 327-329)

M. R., directeur d'une école en secteur périurbain favorisé, décrit ce qu'il nomme la pédagogie du détour :

« par exemple l'année dernière on a regroupé un certain nombre d'enfants avec quelques gamins du dispositif ULIS école autour d'un projet [...] sur la pollution, les océans, où il y a eu des sculptures avec du matériel recyclé [...] donc quelque chose qui du coup permet d'être très clair sur quel est l'objectif de premier niveau [...] si on joue, ça va être de gagner [...] donc les gamins sont impliqués là-dedans parce que l'objectif est clair. Et bien sûr, au travers de ça, c'est la pédagogie du détour, et dans la mesure où ils y mettent de l'intérêt, on va faire des choses » (M. R., directeur d'école : l. 244-251)

Notons que deux enquêtées (externes à ce groupe) critiquent chacune à leur manière, les adaptations telles qu'un ordinateur pour les élèves porteurs de troubles dys. Selon Mme H., ce dispositif est absurde, puisque susceptible de rajouter des difficultés :

« je trouve que ça a pris des proportions, ça... les parents ils ont l'impression, je ne sais pas quoi... mais en fait pas du tout. Je pense qu'ils ne se rendent pas compte [...] de ce que c'est l'ordinateur. Rien que l'allumer, trouver les trucs, machin... imprimer ! Il faut imprimer [...]

¹⁶⁸ Mme Fa., Mme J., Mme Za., Mme Ta. et Mme L. qui exercent en secteur plutôt favorisé ; Mme Y., Mme La. et Mme D. qui exercent en secteur défavorisé ou REP et Mme H. (hôpital de jour).

¹⁶⁹ M. A. (éducateur spécialisé), Mme Z. (infirmière), Mme F., Mme Ja. et Mme Y. (professeures des écoles), Mme M. (psychologue scolaire) et M. R. (directeur d'école).

vous ne donnez pas l'ordinateur de l'école [...] donc il faut imprimer. Il faut la clé USB. Il y a tout une... vous voyez. » (Mme H., enseignante spécialisée : l. 943-948)

Mme I. explique le mésusage fréquent des ordinateurs attribués, en partie à cause de la difficulté à l'utiliser en classe :

« beaucoup d'ordinateurs restent dans la famille. Parce que d'abord, certains professeurs les refusent, en disant que ça fait du bruit et tout ; beaucoup d'élèves se découragent malgré l'ergothérapeute, c'est quand même compliqué ; beaucoup d'élèves n'en veulent pas parce qu'ils veulent paraître comme les autres... » (Mme I., inspectrice : 490-493)

Seulement sept enquêtés mentionnent que l'école doit remplir un rôle de socialisation et de sensibilisation à la différence. Il s'agit d'amener à un « vivre ensemble », mais aussi d'aider les enfants à s'adapter à l'école et au monde, y compris aux contraintes qu'ils imposent. Nous retrouvons cette fois-ci cinq enquêtés en secteur défavorisé ou REP¹⁷⁰, contre une en secteur plutôt favorisé (Mme Ma.) et une en hôpital de jour (Mme Z).

Onze enquêtés¹⁷¹ affirment la nécessité de travailler avec les parents d'élèves. Ces acteurs mentionnent la possibilité d'établir plus de liens et une plus grande confiance entre l'école et les parents, au moyen de temps d'échanges réguliers, par exemple.

La bienveillance est mentionnée par sept de nos enquêtés¹⁷². Nous avons vu plus haut que Mme P. l'évoque comme le premier des rôles de l'école, tandis que Mme Fa. convoque ce concept contre l'élitisme et le rabaissement des élèves. Mme La. insiste sur la nécessité de ne pas juger, et M. J. précise qu'il faut « entrer en connivence » avec l'enfant. Mme Ta. se singularise quelque peu, en plaidant pour une bienveillance de la part de l'institution scolaire avec les enseignants, pour que ces derniers puissent l'être à leur tour avec les élèves.

À la marge, d'autres missions de l'école ont été évoquées par nos enquêtés. Citons quelques exemples, mettant en lumière le contraste des idées des acteurs : certains suggèrent de mettre en place des ateliers de relaxation ou de connaissance de soi, ou que les professionnels du monde scolaire croient davantage au principe d'éducabilité. D'autres préconisent d'augmenter la mixité des populations, d'enseigner de manière moins magistrale ou avec

¹⁷⁰ M. O. (directeur d'école), Mme M. (psychologue scolaire), Mme D. (enseignante RASED), Mme C. (professeure des écoles) et Mme G. (enseignante histoire-géographie).

¹⁷¹ Mme O. (médecin scolaire), M. R. (directeur d'école), Mme U. (psychologue scolaire), M. U. (infirmier), Mme Ta. (professeure des écoles), Mme Va. (référente handicap), Mme Na. et Mme Ra. (AESH), Mme Da. (enseignante SVT), Mme Ja. (enseignante RASED) et M. I. (responsable périscolaire).

¹⁷² Mme P. (médecin scolaire), Mme Fa. (enseignante italien), M. J. (inspecteur), Mme La. (enseignante ULIS), Mme Ja. Et Mme D. (enseignantes RASED) et Mme Ta. (professeure des écoles).

une pédagogie coopérative, mais aussi des contenus d'enseignement plus concrets. Certains enquêtés ont évoqué une plus grande continuité des parcours de la maternelle au lycée, la création de classes-passerelles, un accompagnement à la recherche de stages ou encore des psychologues pour les enseignants afin de prendre en compte les situations de souffrance pouvant mener à un *burnout*.

Ajoutons enfin que, sans répondre tout à fait à la question du « rôle de l'école », 21 enquêtés pointent le manque de moyens mis à disposition de l'institution scolaire, notamment pour pouvoir travailler correctement avec les élèves porteurs de diagnostics. Il est évident que l'expression « manque de moyens » recouvre des projections tout à fait diverses : donnons-en un aperçu. Quatre enquêtés¹⁷³ se déclarent favorables à la réintroduction des réseaux d'aide spécialisée aux élèves en difficulté (RASED), et quatre (dont un commun)¹⁷⁴ préconisent la présence de professeurs référents par rapport à ces élèves, leurs parents et pour accompagner les enseignants. Trois actrices¹⁷⁵ soulignent le manque de places dans les structures telles que les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), les dispositifs intégrés thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (DITEP) et les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS). Nous retrouvons, de manière plus singulière, l'amélioration des conditions de travail des enseignants (Mme R.), le manque de médecins scolaires (Mme O.) et de personnel en général (Mme Z.).

Que pouvons-nous retenir des projections des acteurs concernant le rôle de l'école par rapport à la problématique de ces élèves en difficulté, identifiés comme ayant des besoins particuliers, plus ou moins diagnostiqués ? Il n'est pas étonnant de voir se détacher une majorité de nos enquêtés évoquant des missions institutionnelles ajustées au discours dominant : ses effets performatifs sont ici directement palpables. Les politiques publiques tracent des orientations neurocognitives auxquelles les acteurs s'affilient, relayant les préconisations de repérage précoce et de remédiations adaptées aux troubles. Nos enquêtés révèlent l'imprégnation du terrain par ce discours, même si tous s'en saisissent de manière disparate. Tout se passe comme si les acteurs tentaient de se retrouver une marge de

¹⁷³ Mme A. (psychiatre), Mme Y. et Mme J. (professeures des écoles) et M. U. (infirmier).

¹⁷⁴ Mme Da. (enseignante SVT), M. U. (infirmier), Mme Za. (enseignante anglais) et Mme La. (enseignante ULIS).

¹⁷⁵ Mme Pa. (AESH), Mme G. (enseignante histoire-géographie) et Mme C. (professeure des écoles).

manœuvre dans leur exercice quotidien, luttant contre le dessaisissement pédagogique, au moyen notamment de la formation, ou d'un lien avec les professionnels de santé pouvant éclairer la situation de l'élève, et les manières de faire avec lui. Nous avons cependant vu plus haut que l'information pouvait provoquer une « *soudaine perte d'autonomie et de sens pratique* » (Dufour, 1996 : 150) et ainsi renforcer une dépossession des savoir-faire pédagogiques. Ceci tandis qu'une minorité des enquêtés mentionnent des remédiations de type pédagogique, le fait de travailler avec les parents d'élèves ou encore la fonction socialisante de l'école.

C'est sur ces indices forts que nous avançons l'hypothèse suivante : l'institution scolaire et ses acteurs sont pris dans un changement de paradigme éducatif à l'œuvre depuis une trentaine d'années, et dont la dynamique s'accélère. C'est donc bien à leur insu, et en cherchant à faire au mieux avec les enfants et adolescents dont ils s'occupent, que la grande majorité des professionnels que nous avons rencontrés relaient le discours dominant, naturalisant voire essentialisant, et le font consister sur le terrain. Nous allons, dans la partie qui suit, examiner plus précisément ce changement de paradigme, notamment par la manière dont l'approche neurocognitive des difficultés scolaires s'allie au paradigme capitaliste.

7.2.2. *Changement de paradigme éducatif*

Nous venons de voir la nette transformation de l'institution scolaire, par les missions qui lui sont attribuées. Les acteurs de terrain nous révèlent l'écrasante importance que prennent aujourd'hui les diagnostics scolaires au sein de l'école : cette dernière devrait, selon eux, mieux les repérer et y remédier, former son personnel et entretenir des liens plus resserrés avec les professionnels de santé. Malgré ces résultats, nous pouvons affirmer qu'aucun des acteurs que nous avons rencontrés ne souhaite enfermer certains enfants qu'il accompagne sous la désignation d'un trouble durable, voire chronique, ou encore les écarter du parcours scolaire ordinaire. À l'appui d'une potentielle durabilité du trouble, c'est bien cette dynamique de distinction qui est en action, malgré le discours d'une école inclusive, aboutissant à des aménagements scolaires de plus en plus différenciants. Si un lien ne peut être directement établi entre diagnostics scolaires et inégalités sociales, faute d'études disponibles à ce jour, nous pouvons tout de même craindre que ce mouvement de

médicalisation s'opère et s'élargisse au détriment des enfants les plus éloignés de la culture scolaire. Nos enquêtés nous ont révélé — sans le savoir — le paradoxe dans lequel ils se trouvent. En effet, ils souhaitent accueillir l'ensemble des enfants quelles que soient leurs différences et difficultés, mais ils sont majoritairement imprégnés par le discours dominant. Ainsi, les acteurs de terrain se saisissent et appliquent les politiques éducatives exigeant un repérage précoce pour plus de particularisation, et finalement une certaine exclusion de ces enfants du groupe de leurs camarades dits ordinaires. Même si le repérage et les remédiations sont mis en œuvre de manière contrastée, nous avons pu constater qu'ils avaient cours au sein de tous les établissements scolaires dans lesquels nos enquêtés exercent. Ainsi, avec toute la prudence relative à notre échantillon, mais avec toute la force de notre enquête qualitative, menée au plus près des usages des acteurs, nous pouvons formuler ainsi ce paradoxe :

L'exigence politique d'inclusion et la volonté des acteurs de faire réussir au mieux tous les élèves conduisent l'institution scolaire à exclure de plus en plus d'élèves du groupe commun.

Nous avons en effet vu que l'inclusion scolaire implique de fait une exclusion, puisqu'il faut d'abord avoir repéré et/ou diagnostiqué un trouble. Ce mouvement de séparation des différents élèves se fait à l'insu des acteurs de terrain. Si certains d'entre eux se montrent méfiants face à la ribambelle d'étiquettes qui parfois les encombrant, la majorité n'est pas consciente du processus d'exclusion sous-jacent. Néanmoins, par des désignations de plus en plus fines et donnant lieu à des aménagements et/ou rééducations, un processus de distinction voire d'exclusion est bel et bien à l'œuvre.

Nous ne pouvons tenter de comprendre ce paradoxe, et donc l'écrasante ascension des interprétations endogènes des difficultés scolaires, sans considérer le contexte plus global — social, économique et politique. Si l'on s'en réfère à Dubet, l'école comporte un « *programme institutionnel* », soit un mode de socialisation, et qui se fonde en-dehors du monde, en surplomb des intérêts privés, des mœurs et particularismes qui ont cours dans la société. Aussi :

« Les professionnels des institutions ne peuvent, sans déchoir et sans se trahir ni se compromettre, céder sous les pressions des individus et des familles. En principe l'universel ne peut céder devant le particulier. » (Dubet, 2002 : 28)

Nous assistons selon Dubet au déclin du programme institutionnel, non sans lien avec le développement des politiques publiques. Du côté de l'institution scolaire, ses acteurs ont notamment vu leurs missions s'élargir en dehors de l'institution scolaire. Songeons par exemple à l'école récemment définie comme devant être « *promotrice de santé* » (MEN, 2019e)¹⁷⁶. Les politiques ciblent de plus en plus des publics particuliers, dans l'idée de « *discriminations positives présentées comme autant de services* » (Dubet, 2002 : 66), comme c'est le cas actuellement en direction des élèves porteurs de diagnostics scolaires. Cette médicalisation des difficultés pourrait bien constituer, selon nous, l'indice de ce déclin des idéaux de l'école républicaine, visant à prodiguer un enseignement similaire à tous les élèves sans les distinguer *a priori*. Nous voyons bien ici comment la portée universelle de l'instruction dispensée à tous de la même manière¹⁷⁷, cède de plus en plus de terrain au particulier. La qualification médicalisée des élèves en difficulté, posée de plus en plus précocement, semble constituer un des jalons du paradigme éducatif de plus en plus individualiste et individualisant, subordonné à l'économie et au marché du travail. En effet, cette « *nouvelle école capitaliste* », comme la nomment Laval *et al.*, ayant incorporé la compétition sociale généralisée, « *est désormais sommée de se rendre économiquement utile.* » (2012 : 8). À partir de là, la connaissance n'est valable et souhaitable « *qu'à la condition qu'elle soit le support, le moyen d'un profit.* » (*ibid.* : 13). Nous l'avons vu avec le décrochage, le Conseil Européen de Lisbonne définit dès 2000 le but de créer une « *économie de la connaissance* » la plus performante au monde (Parlement Européen, 2000). Quelques années plus tard, le rapport Silicani souhaite « *une fonction publique plus performante et mieux managée* » (Silicani, 2008 : 183). Or, qu'attendre d'une école subordonnée si directement à l'économie et aux nécessités d'un marché du travail de plus en plus compétitif ? Une sélection accrue, et s'effectuant le plus tôt possible. Les auteurs postulent que la distinction des parcours scolaires y tient une bonne place :

« La transformation de l'école vise aujourd'hui, non sans d'énormes tensions, plusieurs objectifs :

l'élévation des niveaux de formations pour certaines catégories de jeunes,

¹⁷⁶ Nous en avons vu plus haut (partie 2.3.3.) un exemple, *via* les recommandations du CSEN concernant le sommeil des enfants et des adolescents.

¹⁷⁷ Soit l'idéal révolutionnaire acté par les lois Ferry de 1882 et 1883, rendant l'école obligatoire pour tous les enfants quelle que soit leur classe sociale et leurs moyens financiers.

la limitation de la formation aux seuls horizons de l'utilité productive directe pour beaucoup, la dépendance accrue des jeunes aux desiderata des employeurs pour presque tous. » (Laval *et al.*, 2012 : 108).

La fonction de l'école a toujours été de départager les élèves pouvant poursuivre des études plus longues de ceux qui s'arrêtaient plus tôt dans leur scolarité. Cependant, ce sont bien les soubassements de cette sélection que l'économie capitaliste de la connaissance transforme : l'école doit rationaliser ses dépenses dans une logique de rentabilité. Il s'agirait donc de sélectionner les élèves ayant le plus de probabilités de poursuivre des études supérieures, et ce, le plus précocement possible. Nous avons vu le rôle prépondérant des conditions socioéconomiques dans la réussite scolaire, mais nous avons également rappelé avec Bourdieu la sociodicée à l'œuvre, justifiant les inégalités scolaires tout en masquant leurs liens avec les inégalités sociales.

Nous postulons ainsi une articulation effective entre la médicalisation des difficultés scolaires et les logiques capitalistes de l'école contemporaine. L'euphémisation du discours semble donc absolument nécessaire pour maintenir une sélection scolaire rentabilisant le budget investi, tout en la rendant socialement et éthiquement acceptable. En effet, les diagnostics scolaires se révèlent très peu consistants, très peu spécifiques, voire structurellement analogues. Si l'encouragement au repérage de ces troubles ne découle pas d'une nécessité de santé, mais bien d'une inadéquation entre l'élève et la norme scolaire, alors quelle fonction occupe-t-il ? Ce discours médicalisant n'a-t-il pas pour objet d'affranchir les pouvoirs publics de leurs responsabilités par rapport aux inégalités scolaires sous-tendues par les inégalités sociales, en déplaçant la focale sur les individus et leurs fonctionnements neurocognitif et/ou psychologique ?

Le discours politique actuel, s'articulant autour de la « bienveillance », de la « confiance » et surtout de l'« inclusion scolaire », est extrêmement performant. Rappelons que l'inclusion scolaire concerne tous les élèves dits à besoins éducatifs particuliers, dont font partie les enfants porteurs de diagnostics scolaires. Ce discours présente le double avantage d'être inattaquable (on peut difficilement se déclarer contre) et de déplacer le problème, en masquant les déterminants les plus importants des difficultés scolaires. En effet, on ne peut pas, raisonnablement, s'opposer à la définition de l'inclusion scolaire par l'UNESCO, soit à « *une approche dynamique permettant de répondre positivement à la diversité des élèves et de considérer les différences entre les individus non comme des problèmes, mais comme des*

opportunités d'enrichir l'apprentissage. » (Ahuja *et al.*, 2006 : 25). Tout comme on ne peut nier la nécessité de la bienveillance et de la confiance au sein de l'institution scolaire et dans la relation éducative. Cependant, tout se passe comme si ce discours séduisant venait occulter celui, beaucoup plus abrupt, de l'économie de la connaissance, qui régit aujourd'hui le champ de l'éducation. La question de l'orientation scolaire, articulée avec la future employabilité des élèves une fois sur le marché du travail, occupe une place dans cette dynamique. Laval *et al.* résumant ainsi :

« Avec un certain retard, la France applique méthodiquement les recommandations des “ bonnes pratiques ” valorisées par l'OCDE et l'Union européenne : transfert du travail d'orientation aux enseignants, repérage précoce des décrocheurs et des élèves “ hors normes ”, offre pédagogique combinant découverte des métiers et des formations et développement personnel, développement d'outils de “ gestion de soi ” (portfolio, passeports, etc.) et de planification de carrière, interventions de partenaires extérieurs, multiplication de visites d'entreprises et de stages. » (2012 : 188)

Nous voyons bien la fonction du repérage précoce des élèves les moins susceptibles¹⁷⁸ de prolonger leur scolarité par des études supérieures. L'identification de ces élèves permet leur mise à l'écart du groupe par divers aménagements et contractualisations, tout en conservant l'aspect d'un accompagnement personnalisé et bénéfique pour eux.

Les diagnostics scolaires pourraient ainsi bien remplir une double fonction, dans cette nouvelle école capitaliste centrée sur les individus.

D'une part, ils sont capables d'euphémiser¹⁷⁹ les termes de la sélection scolaire, puisque c'est pour le bien de l'élève et la prise en compte de ses besoins spécifiques que l'on met en place des adaptations du rythme, des contenus pédagogiques, des évaluations ; et éventuellement une orientation précoce vers des filières professionnelles. Illustrons brièvement cette jonction entre diagnostic et orientation scolaire. Mme M. évoque la situation d'un jeune garçon ayant connu un épisode de phobie scolaire en 6^{ème} :

« L'assistante sociale l'a vu plusieurs fois et lui a proposé des lieux de stage parce que c'était aussi sa demande, d'être tout le temps au collège c'était difficile, il voulait se préparer une orientation professionnelle rapidement [...] est-ce qu'il faudrait qu'on accompagne à la recherche de stage [...] en se disant que ça va peut-être déclencher quelque chose, justement, que c'est cette étape-là qu'ils n'arrivent pas à passer, ces enfants, mais aussi leurs parents ? Et que si on avait, nous à l'école, quelqu'un qui pourrait accompagner cette recherche de stage [...] Est-ce que peut-être ça permettrait de débloquer certaines situations ? » (Mme M., psychologue scolaire : 488-499)

¹⁷⁸ Les décrocheurs, mais aussi les élèves porteurs de diagnostics scolaires (du fait de leur valeur pronostique), si l'on suppose que les élèves « hors normes » mentionnés par Laval *et al.* contiennent cette catégorie.

¹⁷⁹ Les atténuer, les rendre moins violents.

L'orientation précoce vers le secteur professionnel trouve sa place comme réponse possible aux situations de certains élèves très en difficulté. En parallèle de cela, les aménagements mis en place pour un élève diagnostiqué (PAP, PPS, PAI, etc.) ont pour effet direct de ne pas lui permettre d'expérimenter une socialisation aux savoirs sur les mêmes bases que ses camarades. De surcroît, ces adaptations, surtout si elles se formalisent aux examens terminaux comme le baccalauréat, le priveront potentiellement de certaines orientations futures, notamment pour les filières les plus prestigieuses de l'enseignement supérieur.

D'autre part, ce mouvement d'interprétation endogène des difficultés scolaires a un effet de rabattement de la responsabilité sur l'individu lui-même — quand bien même il s'agirait de son cerveau, qu'il ne maîtrise pas. Le fait d'accoler les difficultés scolaires de l'élève à ses caractéristiques endogènes a pour pendant l'impuissance de toute action externe, si ce n'est palliative. Que peut-on faire, en tant qu'élève, parent, enseignant ou même en qualité de médecin, face à un élève dont le trouble est, par exemple, perçu comme neurodéveloppemental ? Il s'agira de le rééduquer, d'adapter sa scolarité et les contenus pédagogiques selon des recommandations standardisées, mais au-delà de cela ? Dès lors que l'on pose un diagnostic vient la question de la « guérison », possible ou non. Nous avons vu non seulement à travers les nosographies, mais aussi à travers la perception des acteurs, le poids de la dimension pronostique négative à la plupart des diagnostics scolaires. Cette naturalisation des difficultés scolaires amène les acteurs à des postures qui peuvent être très fatalistes, s'interrogeant sur la possibilité de demander à un élève diagnostiqué haut potentiel ou en refus scolaire anxieux les mêmes choses qu'à ses camarades. Par ce déplacement du regard sur les sujets en difficulté scolaire, d'éventuelles mesures sociales et préventives en direction des établissements scolaires et/ou des familles les plus défavorisées n'apparaissent plus comme nécessaires.

Cette réinterprétation des difficultés scolaires en troubles neurocognitifs ou psychologiques rappelle le basculement qui a eu lieu à l'âge classique, décrit par Foucault. À partir du grand renfermement, mouvement initié avec la création de l'Hôpital général au XVII^e siècle, une transformation épistémologique s'opère : la déraison n'est plus perçue comme liée à la raison, pouvant y survenir puis s'atténuer ou disparaître. Au contraire, la déraison est isolée

en tant que telle, prise au pied de la lettre, et réifiée en une entité propre (c'est nous qui soulignons) :

Aliénation : ce mot, ici au moins, voudrait n'être pas tout à fait métaphorique. Il cherche en tout cas à désigner **ce mouvement par lequel la déraison a cessé d'être expérience dans l'aventure de toute raison humaine**, et par lequel elle s'est trouvée contournée et comme **enclose en une quasi-objectivité**. Alors, elle ne peut plus animer la vie secrète de l'esprit, ni l'accompagner de sa constante menace. Elle est mise à distance ; — à une distance qui n'est pas seulement symbolisée mais réellement assurée à la surface de l'espace social par la clôture des maisons d'internement. (Foucault, 2007 : 142)

C'est à partir de cette période, et de ce changement de regard que les fous sont définis et appréhendés à partir de leur différence d'avec le commun — qui constitue une distance incompressible — et non plus sur la base d'une ressemblance. Ce qui pouvait faire expérience commune, écart possible à l'état de raison, et ce pour tout être humain, est devenu étrange et étranger. Nous percevons dans les diagnostics scolaires la poursuite de ce mouvement. En effet, les singularités de chacun sont d'abord appréhendées sur la base d'une dissemblance, d'une (neuro) atypie. Les enfants présentant des troubles du neurodéveloppement, un haut potentiel, ou un refus scolaire anxieux sont bien définis à partir de leurs différences par rapport à une norme. Le discours inclusif et bienveillant qui enveloppe ces diagnostics ne suffit pas à atténuer les séparations effectives entre ces élèves et les autres, au sein même des classes. Au contraire, il encourage la poursuite de cette logique, puisqu'en portant la focale sur les individus et leurs (inévitables) singularités, les inégalités sociales se trouvent masquées.

Les politiques éducatives se centrent sur l'objectif de réussite : c'est elle qui est mesurée (par l'obtention d'un diplôme), au détriment de la prise en compte de ses conditions, soit de l'égalité de traitement en amont (la même socialisation aux savoirs pour tous les élèves). L'exigence d'égalité juridique a ainsi été supplantée par une exigence d'égalité « *de fait* » : l'école doit garantir une égalité effective (Blais *et al.*, 2003 : 156). Cette dynamique insidieuse semble acceptable, puisque malgré les inégalités sociales toujours présentes, le système tel qu'il est organisé semble bien profiter aux plus démunis. Nous faisons ici référence à Rawls, pour qui « *l'ordre social n'est pas fait pour établir et garantir des perspectives plus favorables pour les plus privilégiés, à moins que ceci ne soit à l'avantage des moins privilégiés* » (1997 : 106). Ce discours idéaliste, visant la réussite de tous, permet ainsi de légitimer le sort des élèves les plus démunis, puisque tout est mis en place pour les accompagner au plus près de leurs besoins spécifiques.

C'est donc une logique individualiste qui prévaut : si l'on se préoccupe des élèves les plus fragiles, les moins favorisés, si l'on met en place des programmes de dépistage puis des remédiations à leur endroit, alors une certaine justice sociale serait maintenue.

C'est donc au sein d'un changement de paradigme global — une centration sur l'élève, doublé d'une dynamique d'exclusion, euphémisée par sa médicalisation — que les acteurs adoptent globalement ce nouveau regard, sur des élèves reconnus comme différents. Ils investissent ainsi, chacun à leur façon et selon leur position dans le champ, le repérage et les remédiations rendues nécessaires. Cette réification des difficultés scolaires en troubles fait ainsi support aux schémas d'interprétation des acteurs. Elle semble même permettre à certains d'entre eux de cadrer à l'avance la relation pédagogique et les situations didactiques avec les élèves. Mme T. expose ici les aménagements qu'elle met en place pour trois de ces élèves, dont un dyslexique et un hyperactif :

« pour ces trois élèves en fait, il y a quand même des choses qui peuvent se regrouper dans l'adaptation pédagogique et dans la différenciation. C'est-à-dire qu'il faut pas qu'il y ait d'éléments qui parasitent trop, l'accès — alors moi je suis prof d'anglais — soit au texte écrit, soit à l'audio ; c'est-à-dire qu'il faut pas qu'il y ait de bruits, il faut qu'il y ait des conditions favorables, il faut que le texte soit écrit de façon suffisamment grosse, et peut-être avec des codes couleur, pour différencier aussi le lexique et des choses comme ça, en tout cas c'est ce que je mets en place, et qui fonctionne. Pour l'hyperactif ça va le rassurer et le sécuriser, parce que c'est un grand angoissé. » (Mme T., enseignante anglais : 307-314)

La médicalisation des difficultés scolaires permet d'expliquer, également, le changement des enfants et de leurs comportements, en témoigne Mme C. :

« Je vois, à chaque fois qu'on fait une réunion de collègues, la gestion des élèves — soit à besoins éducatifs particuliers [...] on a pu les appeler les enfants bolides, dans le sens où ils passent, ils traversent [...] ça amène beaucoup de choses dans les classes et ça bouscule pas mal. Voilà, c'est des choses qui sont compliquées pour les collègues [...] savoir quoi faire face à des élèves qui parfois ne se posent pas, ont un temps d'attention très court, zappent... [...] il y a de plus en plus de débats là-dessus : sur pourquoi les enfants ne se posent plus par rapport à avant, etc. Ce qui est sûr, c'est qu'ils ont évolué ! » (Mme C., coordinatrice REP : 53-62)

Ces explications médicales permettent également de donner du sens aux situations les plus complexes et les plus entravantes dans le cadre de la classe, ainsi que l'explique Mme Ta. :

« faute de moyens, une inclusion scolaire, poum ! ; obligée, sauf que derrière ça n'a pas suivi : ça met en grosse souffrance les professeurs [...] quand on n'arrive pas à faire classe parce qu'un enfant met la classe en bazar, on peut pas faire classe. L'an dernier j'avais un enfant, c'était ça (elle tambourine sur la table), vous faites classe ? Donc c'était ça (elle tambourine sur la table), tout le temps, tout le temps, ça a été dur hein, jusqu'à mettre en place des choses et tout, et sinon il venait il prenait la tête et il tapait au tableau, ça c'était l'an dernier et lui il n'avait pas encore été diagnostiqué, il est parti en ITEP. » (Mme Ta., professeure des écoles : 552-562)

Cette enseignante résume en peu de phrases tout le paradoxe d'une école inclusive amenant au sein des classes ordinaires des enfants effectivement très en difficulté (et mettant en difficulté l'enseignant par rapport à l'ensemble de la classe) sans donner les moyens permettant cette inclusion. Dans ces situations, l'explication médicale de la difficulté semble venir tranquilliser l'enseignant, qui se trouve face à un impossible, au sens où ses savoir-faire pédagogiques ne suffiraient plus à « gérer » la situation.

Nous pouvons rapprocher ces conséquences des aides attribuées aux élèves diagnostiqués, et plus globalement du regard global porté sur eux d'un « *effet pharmakéia* », tel que défini par Roiné (2009). L'auteur expose, dans sa thèse, que les aides dispensées aux élèves en difficulté modifient le scénario didactique, et, finalement, entravent l'élève dans ses recherches, son tâtonnement vers l'apprentissage. Ce concept fait apparaître le paradoxe entre l'intention d'aider en particularisant l'enseignement et ses modalités au plus près des besoins spécifiques de l'élève, et les effets de cette individualisation, qui produit finalement l'inverse du but recherché :

« Nous appelons ce phénomène didactique : “ *effet pharmakéia* ”, en référence au terme grec classique signifiant tout à la fois “ remède ” et “ poison ”. Le *pharmakéia* (qui a donné “ pharmacie ”) est une substance qui, selon les cas, les circonstances et les doses employées, est susceptible d'exercer une action favorable (remède) ou défavorable (poison) sur les personnes (Le Robert, 1998). Ainsi, l'*effet pharmakéia* prend en compte les deux sens opposés : le poison comme potentiellement remède, le remède comme potentiellement poison. » (Roiné, 2009 : 242)

Si, de manière informelle et à petite dose, la différenciation pédagogique au sein de la classe peut produire des effets favorables pour les élèves les plus en difficulté (remède) ; à haute dose (c'est-à-dire dans la formalisation de dispositifs et contrats), cette aide peut se transformer en empêchement (poison). À la réification qu'opère les diagnostics peut ainsi s'ajouter la rigidification des contenus, rythmes et interactions didactiques : songeons à nouveau aux enseignants qui ne savent pas jusqu'où aller avec ces élèves diagnostiqués. Nous avons vu plus haut combien les recommandations pédagogiques actuelles se basent sur les capacités neurocognitives des élèves, et préconisent en conséquence des procédures d'enseignement et des évaluations de plus en plus technicisées et mécanisées (Dehaene et Ziegler, 2020). Souvenons-nous également du document de plan d'accompagnement personnalisé (PAP, cf. annexe 6) dont la liste d'aménagements préformés est un très bon

exemple de limitation de la liberté pédagogique de l'enseignant, et de la forme finalement très figée de l'enseignement dispensé. Ces remédiations, déjà écrites, « prêtes à l'emploi » et conformes aux recommandations des professionnels extérieurs à la classe, pourraient bien avoir un effet contraire à celui recherché. L'application du PAP marque les particularités de l'élève, et ne lui donne pas accès aux mêmes contenus, rythmes et interactions pédagogiques que ses camarades. Il connaît ainsi une socialisation aux savoirs différenciée, peut-être moins exigeante et qui risque de le placer dans une posture plus passive, se conformant aux consignes particulières qui lui sont adressées. Nous retombons ici sur le paradoxe (évoqué en partie 3.4.) d'un élève envisagé comme éminemment singulier et à qui l'école doit s'adapter. Mais les manières de le faire sont de plus en plus protocolisées, issues de préconisations médicales standardisées. Pour le dire autrement, l'institution scolaire se donne pour objectif d'accompagner des sujets reconnus comme uniques dans leurs différences, au moyen de procédures de plus en plus automatisées, tenant finalement bien peu compte des singularités de l'élève. Cette logique d'application de protocoles pensés à l'avance laisse de moins en moins de place à la créativité pédagogique, non réifiable, des enseignants.

En ce sens, les politiques éducatives ayant pour objet les diagnostics scolaires entravent l'action pédagogique des enseignants. Nous pouvons tenter de saisir ces politiques éducatives par l'instrumentation de l'action publique, à l'instar de Lascombes et Le Galès, qui la définisse comme : « *l'ensemble des problèmes posés par le choix et l'usage des outils (des techniques, des moyens d'opérer, des dispositifs) qui permettent de matérialiser et d'opérationnaliser l'action gouvernementale.* » (2005 : 12). Selon les auteurs, les instruments de l'action publique « *déterminent en partie la manière dont les acteurs se comportent, créent des incertitudes sur les effets des rapports de force, conduisent à privilégier certains acteurs et intérêts et à en écarter d'autres, contraignent les acteurs et leur offrent des ressources, et véhiculent une représentation des problèmes.* » (*ibid.* : 16). Ainsi, les nosographies, les réglementations et les différents dispositifs¹⁸⁰ créés constituent des instruments non neutres, et contribuant à forger les représentations du problème qu'ils entendent traiter (*id.* : 32). L'implantation de ces politiques publiques sous la forme de

¹⁸⁰ Pour ne citer que quelques exemples : la redéfinition des missions des psychologues de l'enseignement élémentaires devant repérer précocement d'éventuels troubles, la création du PAP spécifiquement à destination des élèves présentant des troubles des apprentissages, la mise en place des plateformes de coordination de d'orientation permettant le remboursement des bilans et consultations à visée diagnostique et des prises en charge (à condition qu'elles correspondent aux « bonnes pratiques » définies par les autorités de santé), etc.

dispositifs et d'outils dont l'emploi est fortement encouragé, voire imposé aux enseignants comporte, nous l'avons vu, des effets de délégitimation et de dessaisissement pédagogiques :

« Enfin, *l'instrument induit une problématisation particulière de l'enjeu*, dans la mesure où il hiérarchise des variables et peut aller jusqu'à induire un système explicatif. Alain Desrosières rappelle ainsi que depuis Quételet (1830), le calcul des moyennes et la recherche de régularité ont induit des systèmes d'interprétation causaux qui se présentent toujours comme justifiés par la science. » (*id.* : 33-34)

À l'appui des multiples politiques publiques éducatives que nous avons détaillées précédemment, nous pouvons dire qu'elles produisent effectivement un système explicatif nouveau des difficultés scolaires. Si la médicalisation de l'échec scolaire n'est pas un phénomène récent (Pinell et Zafiroopoulos, 1978), son ampleur est aujourd'hui inédite, soutenue par des légiférations prenant appui sur les recherches en neurosciences cognitives (Morel, 2014). Le regard porté sur les élèves en est profondément transformé, et des logiques de remédiation et/ou rééducation viennent occulter les mesures de prévention à l'endroit des populations les plus défavorisées, et les plus éloignées de la culture scolaire.

7.3. Synthèse et discussion

Les recommandations actuelles entendent renforcer le repérage précoce des différents troubles (Brison et Moro, 2016 ; Compagnon et Cluzel, 2021 ; MEN, 2021c), en particulier au sein des milieux des plus défavorisés (Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, 2013 ; Fluss *et al.*, 2008). Émerge ainsi le risque bien réel, d'une sociodicée à l'œuvre, sous-jacente à l'expansion des diagnostics scolaires comme explications privilégiées des difficultés des élèves. Le discours dominant, emprunté aux neurosciences cognitives, influe largement sur les pratiques des acteurs, en lien avec leurs représentations du rôle de l'institution scolaire. En effet, 29 enquêtés par entretien affirment qu'un des rôles de l'école contemporaine est de repérer et remédier aux troubles des élèves ; 23 demandent des formations spécifiquement par rapport aux diagnostics scolaires. Enfin, dix-huit considèrent qu'il faudrait un rapprochement entre l'école et les professionnels de santé externes, qui accompagnent les enfants porteurs de ces diagnostics.

Ces trois réponses à cette question ouverte des missions de l'école actuelle constituent, selon nous, des indices forts du changement de paradigme éducatif à l'œuvre. Résumons-le

brièvement : la société capitaliste et libérale dans laquelle nous évoluons produit des effets sur l'institution scolaire, en témoigne l'orientation des politiques éducatives actuelles. Ce basculement produit un déplacement des regards et schémas interprétatifs des acteurs, alors même que les liens entre inégalités socioéconomiques et difficultés scolaires ne cessent d'être mis en lumière, chaque année, par les rapports de la DEPP. Les diagnostics scolaires produisent invisibilisent, par leur prédominance (ils sont aujourd'hui l'explication privilégiée des difficultés des élèves), les inégalités sociales. C'est en ce sens qu'ils permettent la continuité d'une reproduction sociale des élites, entravant largement une progression possible par la seule instruction que propose l'école contemporaine pour les classes les plus défavorisées. La mise en lien de ces trois éléments (logique capitaliste appliquée à l'école, médicalisation et inégalités sociales sous-jacentes aux difficultés scolaires) constitue un indice de ce changement de paradigme.

Attardons-nous, avant de conclure, sur cette dernière désignation : malgré l'assignation qu'elle opère, la dénomination d'« élève en difficulté » apparaît aujourd'hui presque comme enviable, en comparaison avec un « trouble développemental de la coordination », ou un « refus scolaire anxieux ». Ces diagnostics font porter la focale, d'une manière très puissante, sur l'élève et son cerveau, sa cognition, et/ou ses caractéristiques psychologiques, à la manière d'une définition auto-référentielle (Dufour, 1996). Il reste alors bien peu de jeu (au sens de la marge) pour permettre une émergence du sujet, dans son évolution toujours possible, surtout à l'âge scolaire. Le risque, bien réel, est alors que l'élève se conforme à l'étiquette qui lui est apposée (Becker, 2007).

CONCLUSION GÉNÉRALE

Les difficultés sociales et économiques sont mises en avant tant dans les études scientifiques que dans les rapports de recommandations et les politiques publiques éducatives ciblant le décrochage et/ou les diagnostics scolaires. En effet, nous nous situons dans le contexte d'une société capitaliste et libérale, qui tend vers le plein développement d'une économie de la connaissance et l'accroissement de la compétitivité de ses établissements d'enseignement. Dans cette perspective, ce sont des risques tels que la baisse de productivité, la moindre employabilité, le chômage ainsi que les comorbidités somatiques et/ou psychiatriques (évoqués comme conséquences des diagnostics scolaires), qui doivent être évités. Ces déviances aux normes scolaire (réussir, obtenir un diplôme) puis sociale (avoir un travail) génèreraient ainsi des surcoûts par la prise en charge des individus concernés. Le décrochage comme les diagnostics scolaires font ainsi l'objet de recherches, nous l'avons vu, pour en déterminer les causes, et les remédiations possibles. Un repérage le plus précoce possible est unanimement préconisé. Nous voyons ici les signes d'un pouvoir disciplinaire au sens foucauldien : les disciplines scientifiques servent l'ordre social, puisque mieux connaître les (fauteurs de) troubles, c'est mieux pouvoir les contrôler (rééduquer, adapter, différencier les parcours, etc.). Tenter de maîtriser les difficultés et l'échec scolaires prend ici la forme d'une production de catégories médicalisées de plus en plus nombreuses. Les diagnostics scolaires remplissent donc une autre fonction que sanitaire, sous-tendue par une logique qui serait guidée par la seule attention portée à la santé des individus. Ce travail a permis d'étayer fortement cette hypothèse, rappelons que le DSM-5 propose actuellement dix diagnostics, contre 14 pour la CIM-10, concernant les troubles liés à l'école et aux apprentissages. Ces chiffres sont considérables, puisqu'ils permettent d'appréhender presque toutes les difficultés scolaires comme des troubles, même lorsque ces derniers ne sont pas « spécifiques » (c'est-à-dire correspondant aux critères diagnostiques). Par exemple, dans la CIM-10, quatre codages permettent de poser un diagnostic en l'absence d'un tableau clinique canonique. Pour le dire autrement, très peu de « troubles » scolaires ou des apprentissages peuvent échapper à un diagnostic médical. Depuis une vingtaine d'années, les interprétations médicales des difficultés scolaires sont endémiques au sein de l'école française (cf. les multiples politiques publiques visant la généralisation d'un repérage le plus précoce possible).

Nos résultats font apparaître une cohérence entre le carnet d'observation ethnographique et les entretiens que nous menions en parallèle. C'est-à-dire que les mêmes types de troubles, de définitions et d'attributions causales y sont mobilisées, non dans leur ensemble à chaque entretien ou énoncé, mais une à une, ou parfois en se cumulant. Ainsi, la diversité contrastée (allant même jusqu'à la contradiction) des points de vue contenus dans notre carnet se lie, dans nos entretiens, à un questionnement très vif des acteurs sur leur pratique, sur la définition qu'ils peuvent donner à ces diagnostics. Dans notre carnet, nous avons vu plus haut combien les énoncés pouvaient difficilement être mis en catégorie tant les causes évoquées pouvaient être entremêlées ou interrogées. Lors des entretiens, cette définition était parfois très hésitante, attendant notre confirmation ou notre infirmation pour pouvoir poursuivre, ou parfois très tranchée en se situant clairement d'un côté du prisme. Souvenons-nous de ces enseignantes en milieu plutôt favorisé, qui mentionnaient en majorité ces troubles comme ayant une origine essentiellement voire uniquement neurologique. En somme, les diagnostics scolaires recouvrent, sur le terrain, des formes très hétérogènes. En cohérence, les manières de les repérer, de les diagnostiquer et d'y remédier se révèlent extrêmement disparates.

Si l'on peut donner un certain sens praxéologique à l'investissement contrasté de ces diagnostics par les enseignants eux-mêmes, c'est à l'échelle macroscopique que cette hétérogénéité questionne. En effet, ce niveau de variabilité montre bien que ce ne sont pas des logiques proprement médicales qui sont à l'origine de ces interprétations des difficultés scolaires. Partant de ce constat, comment expliquer alors l'inflation de ce discours neurocognitif ? Comment expliquer la biologisation des causes des difficultés scolaires ? Quels sont les intérêts à ramener ces difficultés à une essence, à des caractéristiques propres à l'élève lui-même ? Au-delà des préoccupations socioéconomiques que nous venons de citer, d'autres pistes peuvent être envisagées.

Premièrement, le déplacement de la focale sur les individus et leurs fonctionnements neurocognitifs a pour effet de détourner le regard d'autres déterminants et facteurs impliqués dans les difficultés et/ou échec scolaire. Nous soulignons à nouveau, avec force, le risque réel d'une conversion des difficultés scolaires résultant de facteurs socioéconomiques en diagnostics médicaux, soit d'une sociodicée justifiant l'ordre éducatif tel qu'il est, masquant et disculpant ses déterminants principaux (Bourdieu, 1984). Nous pourrions nous voir

opposer l'argument que, pour les troubles spécifiques des apprentissages, les facteurs sociaux et environnementaux constituent un critère d'exclusion diagnostique. Cependant, rappelons toute l'équivoque contenue dans des termes tels qu'une « *adversité psychosociale* » ou « *un enseignement pédagogique inadéquat* » (Crocq et Guelfi, 2015 : 76). Premièrement, rien n'indique l'usage que l'on peut faire de ces termes, à l'instar du paradoxe de la règle formulée par Wittgenstein, qui ne contient pas en elle-même ses conditions d'application (1961). C'est-à-dire que chaque règle, chaque consigne, chaque énoncé renferme une marge d'interprétation incompressible, que chaque acteur investira en accord avec ses propres Arrière-plans (Searle, 1998). Deuxièmement, ces deux énoncés sont particulièrement vagues, et forcément reliés au contexte dans lequel ils seront interprétés par les acteurs (dans le cadre d'une école en REP+ ou d'un collège très favorisé, par exemple). Leur potentiel polysémique est donc particulièrement important. Une des conséquences possibles est que les élèves les plus défavorisés et les plus éloignés de la culture scolaire ne soient pas « exclus » de ce type de diagnostic. Pour l'ensemble des quatre catégories de diagnostics scolaires, aucune statistique n'est disponible concernant le contexte socioéconomique des enfants. Des recherches de grande envergure seraient ainsi nécessaires pour explorer cette question du lien entre diagnostics scolaires et contexte environnemental (social, économique, possession de capitaux culturel et social par la famille, etc.).

Deuxièmement, les diagnostics scolaires contribuent largement au discours inattaquable de l'inclusion scolaire et de la célébration des différences. Si l'on peut difficilement se positionner directement « contre » ce discours, on peut néanmoins en révéler les effets pervers. En effet, il faut d'abord avoir identifié et diagnostiqué un trouble chez un enfant avant de l'inclure scolairement. Les diagnostics scolaires pourraient donc bien occuper cette fonction d'euphémisation dans le processus de sélection précoce des élèves susceptibles de poursuivre le plus longuement leurs études. Ceci dans un contexte plus global, capitaliste et libéral, exigeant de l'institution scolaire qu'elle rentabilise ses investissements (Laval *et al.*, 2012). En effet, en parallèle du paradigme de l'économie de la connaissance, impliquant une dynamique concurrentielle à l'international, le discours bienveillant et valorisant de l'inclusion scolaire comporte une propriété précieuse : atténuer la violence de ce processus par la mise en avant des différences de chacun comme autant de richesse pour tous. Il s'agit d'interroger et de critiquer cet emploi politique des diagnostics scolaires comme des sortes

d'alibis à une sélection scolaire de plus en plus élitiste, puisque s'opérant de plus en plus précocement, sans laisser aux enfants les plus défavorisés le temps nécessaire à leur acculturation scolaire. Nous le savons depuis 60 ans, les facteurs socioéconomiques, culturels, familiaux, institutionnels sont en grande partie impliqués dans les phénomènes de difficultés scolaires (Bourdieu et Passeron, 1964, 1970 ; Garcia, 2018 ; Grobon *et al.*, 2019 ; DEPP, 2021b ; Van Zanten, 2009 ; Woollven *et al.*, 2019). Or, la médicalisation de ces difficultés, pleinement à l'œuvre aujourd'hui, individualise leur traitement, alors même qu'elles restent sous-tendues par les inégalités sociales. Cette conversion des inégalités scolaires en troubles neurocognitifs ou psychologiques met à l'arrière-plan toutes les autres actions possibles pour y remédier — par exemple préventives. Sans nier les situations de difficultés et de souffrance des enfants et des familles concernées, nous dénonçons le rôle que les politiques publiques éducatives font endosser à ces diagnostics. Ces derniers permettent de légitimer, sous couvert d'inclusion scolaire, des réformes de plus en plus individualisantes dans les parcours scolaires, les contenus et les interactions pédagogiques. En effet, nous avons vu combien le repérage précoce des troubles est encouragé par les politiques publiques, et approprié par les acteurs de terrain. Une fois le diagnostic posé se met en œuvre une individualisation du parcours de l'enfant, engageant *ipso facto* ce dernier dans une socialisation aux savoirs différenciée. Découlent de ces adaptations de potentielles restrictions des horizons possibles pour l'adolescent, notamment au sein de l'enseignement supérieur. En effet, une fois des aménagements pédagogiques mis en place pendant toute la scolarité de l'élève, et y compris aux examens terminaux, il est plus difficile d'avoir accès à certaines filières telles que les classes préparatoires ou les grandes écoles. En somme, les politiques concernant les diagnostics scolaires et les multiples dispositifs qu'elles mettent en place risquent bien de produire un *effet pharmakéia* au sens où l'emploie Roiné (2009).

Troisièmement, le rabattement des causes des difficultés scolaires sur l'individu lui-même et sur son cerveau ne cesse d'enrichir l'ambition des neurosciences cognitives de régler les rapports sociaux, y compris éducatifs, en mécanismes automatisés. Le cerveau fonctionnerait par algorithme, avec des mécanismes bien précis qu'il suffirait de mettre au jour pour comprendre comment les apprentissages se produisent. Blay et Laval nomment cette croyance le « *paradigme computationnel* » (2019). Cependant, ces théories butent sans cesse sur un même point d'énigme, et ce depuis leurs prémices. Citons en exemple le *General*

problem solver (GPS) créé en 1959 par Newell¹⁸¹ et Simon¹⁸². Le GPS est un programme informatique visant à établir un modèle universel de la résolution de problème par l'esprit humain. Il définit deux étapes telles que la définition de la base de l'espace du problème (comportant elle-même des sous-tâches) puis la construction de la représentation de la tâche (qui permet de décider de l'application des opérateurs). Cependant, « *Si la résolution proprement dite peut s'expliquer par le modèle du GPS, de dernier ne permet pas de rendre compte du processus par lequel le sujet construit la représentation du problème à partir de la consigne écrite ou orale* » (Sarrazy, 1996 : 192). Toutes les tentatives ultérieures se sont révélées infructueuses : jusqu'à nos jours, les neurosciences cognitives sont impuissantes à dégager une structure universaliste de la construction des représentations et, en conséquence, des choix opérés par les sujets. Un point d'énigme, non automatisable, résiste à toutes les expérimentations dans ce domaine, et notamment à celles, très contemporaines, cherchant à circonscrire et expliquer les mécanismes d'apprentissage. Forest analyse les conclusions de recherche de Dehaene par rapport aux bases neurales de la lecture. Il explique :

« son enquête sur les bases naturelles ou neuronales de la lecture ne doit nullement prétendre expliquer celle-ci *complètement*. L'explication offerte montre pourquoi nous *pouvons* retenir et privilégier certaines formes plutôt que d'autres. Elle n'explique pas pourquoi, parmi celles que nous pouvons retenir et privilégier, certaines sont retenues et privilégiées. » (Forest, 2014 : 114)

De plus, et quand bien même les neurosciences cognitives produiraient des modèles explicatifs de la lecture, on ne saurait en déduire *ispo facto* les conditions de production, soit les conditions didactiques de l'acte de lecture. Piaget lui-même a toujours affirmé l'impossibilité de faire dériver de la théorie de l'équilibration des situations cognitives (Piaget, 1975) toute préconisation pédagogique ou didactique. Toutefois, l'ambition des recherches en neurosciences cognitives est d'isoler les mécanismes d'apprentissage, mais plus largement d'élaborer une théorie permettant de naturaliser l'intentionnalité¹⁸³. À la suite de Wittgenstein et de Searle, nous affirmons que raisonner, penser ne peut se réduire à une logique de calcul ou d'algorithme. En effet, même si l'on admet, comme le fait Pacherie (1993), que la pensée fonctionne effectivement comme un ordinateur, nous ne pouvons cependant faire reposer toutes les étapes d'interprétations et de décisions sur le système en question :

¹⁸¹ Chercheur en informatique et psychologie cognitive.

¹⁸² Économiste et sociologue.

¹⁸³ C'est-à-dire la propriété qu'ont nos pensées de représenter le monde, et donc à agir au sein de ce dernier.

« Le système n'interprète pas lui-même les symboles qu'il manipule, ce sont le concepteur et, plus tard, l'utilisateur, tous deux extérieurs au système, qui projettent sur les symboles une interprétation. On voit donc difficilement comment on pourrait accorder à un système informatique une intentionnalité intrinsèque. [...] Ce que n'explique donc pas la métaphore de l'ordinateur, c'est comment le sens vient aux symboles. Aussi longtemps que l'on n'a pas répondu à cette question, on n'a pas résolu le problème de l'intentionnalité. » (Pacherie, 1993 : 78)

Pour le dire autrement, envisager que le cerveau humain fonctionne par algorithme — comme le fait Dehaene — ne peut nullement suffire à expliquer l'interprétation de symboles, et, finalement, le sens inféré par le sujet à la situation dans laquelle il se trouve. Andler (2011) souligne la faiblesse des modèles naturalistes, s'affichant comme cognitifs et visant à expliquer des phénomènes sociaux. En effet, dans le domaine de l'éducation, les neurosciences cognitives se trouvent incapables de produire d'autres recommandations que pédagogiques, ou des allants-de soi tel que bien dormir, se nourrir correctement, etc. ; ce qui ne correspond pas à un modèle neurocognitif à proprement parler. Ajoutons à cela que, pour les objets qui nous intéressent, ces sciences étudient des troubles qu'elles ont elles-mêmes définis par des critères larges et variables dans leur appréciation par les différents praticiens. En conséquence, ces troubles se retrouvent sous des formes extrêmement hétérogènes, sur le terrain, ce qui nous pousse à poser la question des remédiations proposées. En effet, à partir de troubles si mal définis, les remédiations savent-elles vraiment ce qu'elles visent à remédier ?

Malgré ces nombreux points d'impuissance des neurosciences cognitives, la réalisation d'une recherche translationnelle¹⁸⁴, mise en avant par le CSEN, semble bien poussive. Dans les guides de recommandations publiés, les dimensions socioéconomiques, situationnelles ou institutionnelles ne sont jamais considérées que comme des sortes de décors au sein desquels évoluent les enfants, leur cerveau et leur cognition. Ces deux derniers éléments restent centraux, pouvant seulement être influencés par d'autres facteurs (le sommeil, la nutrition, les conditions de vie au sens large, etc.). Malgré les rapports publiés annuellement par la DEPP, faisant invariablement état des inégalités scolaires croissantes et sous-tendues par les inégalités sociales, aucune recherche n'est, à notre connaissance, menée par le CSEN

¹⁸⁴ C'est-à-dire croisant plusieurs disciplines, y compris les sciences humaines et sociales.

ou le GIS¹⁸⁵ sur l'influence des conditions socioéconomiques des familles sur les difficultés scolaires.

Par leur entêtement à se focaliser sur les troubles neurocognitifs ou psychologiques, les neurosciences cognitives semblent ignorer que leur production de connaissances contribue à délimiter toujours plus de capacités et donc, en regard, d'incapacités (McDermott et Varenne, 1995). Et donc, finalement, à surajouter aux problèmes qu'elles tentent de résoudre (soit les difficultés scolaires), en découpant de plus en plus précisément les mécanismes d'apprentissage et leurs potentiels freins. Ceci au moyen de l'observation du cerveau par IRMf, de la cognition par des bilans neuropsychologiques, de la mesure des effets de remédiation par des évaluations de plus en plus ciblées à partir des connaissances produites dans ce champ, etc. Le point de vue anthropologique nous permet d'entrevoir que « *Le T. A. [trouble d'apprentissage] est moins un type mental et plus une méthode pour différencier les gens et les traiter différemment* » (McDermott *et al.*, 2006 : 17). Les neurosciences cognitives nourrissent donc la production de diagnostics de troubles de plus en plus spécifiques. Nous pouvons légitimement craindre les effets de surdiagnostic de ce quadrillage toujours plus resserré.

Il semble ainsi crucial, d'après les textes politiques comme scientifiques, d'arriver à scientificiser l'approche des difficultés scolaires — ce qui demande d'abord de les naturaliser, c'est-à-dire de ramener leurs causes à un « fondement naturel ». Ceci revient à créer des effets de cécité sur des aspects culturels, économiques et sociaux¹⁸⁶. Nous avons vu au travers de toute cette recherche combien les neurosciences cognitives placent systématiquement en arrière-plan les facteurs sociaux, au profit de troubles définis. Andler formule ainsi le dilemme, que nous pouvons tout aussi bien nommer clivage, entre les sciences sociales et les sciences de la nature :

« Renoncer à la science et conserver le social, ou bien gagner la science et renoncer au social, voilà ce dont nous menacent, pour le naturaliste l'échec du naturalisme, pour l'antinaturaliste son succès » (2011 : 22)

¹⁸⁵ Le groupement d'intérêt scientifique, créé par la Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement, que nous avons décrit dans la partie 3.3.1.

¹⁸⁶ Nous rappelons qu'il n'existe, à notre connaissance, aucune statistique nationale entre l'origine économique et sociale et des diagnostics scolaires. Cela semble d'autant plus étonnant que les politiques publiques éducatives se veulent fondées sur des preuves.

Pour le dire autrement, tout se passe comme si l'introduction même des sciences cognitives au sein du champ de l'éducation, et notamment pour la question des difficultés scolaires, éclipsait *ipso facto* les sciences sociales. Mais surtout l'ensemble des processus d'intériorisation des manières d'agir, de percevoir, d'apprécier, de lire et de comprendre le monde : bref, une culture. On ne saurait sérieusement affirmer l'existence d'un « fondement naturel » à la culture. Les politiques publiques considèrent ainsi le contexte socioéconomique comme une sorte de « décor », une dimension pouvant influencer sur les difficultés, mais sans aucun pouvoir de remise en question du diagnostic suspecté ou déjà posé. Nous avons cependant vu que, sous couvert de scientificité, les sciences cognitives ne pouvaient guère proposer d'autres solutions que pédagogiques aux difficultés rencontrées par les élèves porteurs de diagnostics scolaires.

L'objet de cette thèse est finalement le dévoilement de la violence symbolique et sociale au principe de cette naturalisation des difficultés scolaires :

« Mais surtout, la connaissance exerce par soi un effet — qui me paraît libérateur — toutes les fois que les mécanismes dont elle établit les lois de fonctionnement doivent une part de leur efficacité à la méconnaissance, c'est-à-dire toutes les fois qu'elle touche aux fondements de la violence symbolique. » (Bourdieu, 1982 : 20-21)

L'invisibilité des mécanismes par lesquels le discours des neurosciences cognitives convertit aujourd'hui des difficultés majoritairement liées aux inégalités sociales en troubles à part entière met en posture d'impuissance les acteurs du champ de l'éducation. Ce mouvement médicalisant, de grande ampleur, s'avère donc profondément dessaisissant, et ce, par l'ignorance qu'il impose. En effet, des termes employés au savoir-faire, les difficultés scolaires et leurs remédiations basculent brusquement du champ pédagogique au champ sanitaire. Les acteurs de terrain s'en trouvent bien souvent, nous l'avons vu, entravés dans leur créativité et les savoir-faire propres à leur discipline. Il s'agit bien sûr des enseignants et des AESH, mais aussi des psychologues et médecins scolaires, des inspecteurs et chefs d'établissement, qui connaissent eux aussi une transformation profonde de leur exercice au sein du champ qui est le leur, soudainement envahi de signifiants et de concepts issus des champs sanitaire et neuroscientifique. Révélatrice de l'hétéronomie du champ de l'éducation, cette imprégnation a des effets très concrets sur les pratiques des différents acteurs. Loin d'un déterminisme structurel, nous envisageons ici que la structure du champ

de l'éducation évolue et se maintient par les actions et réactions des acteurs qui, à moins de s'exclure du jeu, agissent pour maintenir ou améliorer leur position dans le champ (Bourdieu, 1982 : 44-45). Il serait ainsi crucial, et peut-être salvateur, que de questionner les usages sociaux des théories psychologiques et neuroscientifiques au sein du champ de l'éducation (Bourdieu, 1997). L'objectif central de l'institution scolaire reste la transmission de connaissances à l'appui de savoirs pédagogiques et didactiques, qui tendent à être délégitimés par la prééminence des savoirs neuroscientifiques et psychologiques.

BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES

Nota bene : les abréviations suivantes sont utilisées pour les références dans le corps de texte :

- CSEN : Conseil Scientifique de l'Éducation Nationale
- DEPP : Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance ;
- DGESCO : Direction Générale de l'Enseignement Scolaire
- DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques ;
- HAS : Haute Autorité de Santé ;
- MEN : Ministère de l'Éducation Nationale ;
- MESR : Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche ;
- MENESR : Ministères de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche ;
- MSS : Ministère des Solidarités et de la Santé ;
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé ;
- ONU : Organisation des Nations Unies.

Bibliographie

AHUJA A. *et al.* (2006). *Principes directeurs pour l'inclusion : Assurer l'accès à l'éducation pour tous*, Paris : UNESCO, 40 p.

ALGAN Y. *et al.* (2020). *Quels professeurs au XXIe siècle ?*, rapport de synthèse rédigé à la suite du colloque scientifique organisé le 1er décembre 2020 dans le cadre du Grenelle de l'éducation, Paris : Conseil Scientifique de l'Éducation Nationale, Ministère de l'Éducation Nationale, 125 p.

ALLIOT S. *et al.* (2008), « Sorties anticipées des étudiants en IFSI, motifs et préconisations », *Soins Cadres de Santé*, n° 65, p. 50-53.

ANDLER D. (2011), « Le naturalisme est-il l'horizon des sciences sociales ? », p. 15-34 in T. MARTIN, *Les sciences humaines sont-elles des sciences ?*, Paris : Vuibert, 192 p.

- ANSM (2017). *Méthylphénidate* : Données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France [rapport en ligne], rapport de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé, 33 p., [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur : Actualité — Méthylphénidate : données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France — ANSM (sante.fr)
- ARMAND A., BISSON-VAIVRE C., et LHERMET P. (2013). *Agir contre le décrochage scolaire* : Alliance éducative et approche pédagogique repensée, rapport remis au Ministre de l'Éducation Nationale, Paris : Inspection Générale de l'Éducation Nationale, 146 p.
- ASCHIERI, G. (2012). *Réussir la démocratisation de l'enseignement supérieur* : L'enjeu du premier cycle, rapport du Conseil Économique, Social et Environnemental, Section de l'éducation, de la culture et de la communication, Paris : Conseil Économique, Social et Environnemental, Éditions des Journaux Officiels, 101 p., NOR : CESL1100015X.
- Association Dyspraxie France Dys (2019), « Les dyspraxies » [article en ligne], Association Dyspraxie et Trouble Développementale de la Coordination (TDC) et troubles associés, [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.dyspraxies.fr/dyspraxies/>
- Association Phobie Scolaire (2022), « La phobie scolaire : Un symptôme polymorphe, multifactoriel, sans cause et prise en charge unique » [article en ligne], Association Phobie Scolaire [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur : <https://phobie-scolaire.org/definition-de-la-phobie-scolaire/>
- AUSTIN J. L. (1991). *Quand dire, c'est faire*, [Traducteur : G. LANE], Points, Paris : Éditions du Seuil, 208 p., Essais.

- BAUTIER E. *et al.* (2002). *Décrochage scolaire : Genèse et logique des parcours*, rapport de recherche pour la DPD/MEN, 327 p.
- BECCHETTI-BIZOT C. (2020). *Favoriser le bien-être pour la réussite de chacun*, rapport de la médiatrice de l'Éducation Nationale et de l'Enseignement Supérieur, Paris : Ministère de l'Éducation Nationale, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 262 p.
- BECKER H. S. (2007). *Outsiders : Études de sociologie de la déviance*, [Trad : J.-P. BRIAND], Paris : Métailié, 248 p.
- BELIARD A. *et al.* (2019), « Enfants agités, familles bouleversées. Enjeux et usages familiaux du diagnostic de TDA/H », *Sciences sociales et santé*, vol. 37, n° 1, p. 5-29.
- BENNEVAULT B. *et al.* (2013). *Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent*, guide de repérage à l'usage des infirmiers et assistants de service social de l'Éducation Nationale, Paris : Ministère de l'Éducation Nationale, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Fédération Française de Psychiatrie, 32 p.
- BERGER G., MUTUALE A. (2019), « Autre/altérité/altération », p. 39-42 in C. DELORY-MOMBERGER, *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique*, Toulouse : Érès.
- BERNARD P.-Y. (2011), « Le décrochage des élèves du second degré : Diversité des parcours, pluralité des expériences scolaires », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, vol. 44, n° 4, p. 75-97.
- BERNARD P.-Y. (2015a). *Le décrochage scolaire*, Paris : Presses universitaires de France, 128 p., Que sais-je ?

- BERNARD P.-Y. (2015b), « Le décrochage scolaire : La construction d'un problème public », *Les Cahiers Dynamiques*, vol 1, n° 63, p. 34-41.
- BERNSTEIN B. (1973). *Applied studies towards a sociology of language* (vol. 2), London : Routledge and Kegan Paul, 377 p.
- BERNSTEIN B. (1977). *Towards a theory of educational transmissions*, London : Routledge and Kegan Paul, 176 p.
- BILLARD C. *et al.* (2010), « Évolution des compétences en lecture, compréhension et orthographe en environnement socioéconomique défavorisé et impact des facteurs cognitifs et comportementaux sur le devenir à deux ans », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 58, n°2, p 101-110.
- BINET A., SIMON T. (1907), « Le développement de l'intelligence chez les enfants », *L'année psychologique*, vol. 14, n° 1, p. 1-94
- BLAIS M.-C., GAUCHET M. et OTTAVI D. (2003). *Pour une philosophie politique de l'éducation : Six questions d'aujourd'hui*, Paris : Hachette Littératures, 254 p.
- BLANQUER J.-M. (2020). *Edito du Projet de loi de finances 2021* [en ligne], Ministère de l'Éducation Nationale, [consulté le 16 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.education.gouv.fr/projet-de-loi-de-finances-2021-306342>
- BLANQUER J.-M. (2021). *Le conseil scientifique de l'éducation nationale, au service de la communauté éducative* [en ligne], Ministère de l'Éducation Nationale, [consulté le 16 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.education.gouv.fr/le-conseil-scientifique-de-l-education-nationale-au-service-de-la-communaute-educative-309492>
- BLAY M., LAVAL C. (2019). *Neuropédagogie : Le cerveau au centre de l'école*, Paris : Tschann et Cie, 81 p.

- BLAYA C. (2012), « Le décrochage scolaire dans les pays de l'OCDE », *Regards croisés sur l'économie*, vol. 12, n° 2, p. 69-80.
- BODIN R., MILLET M. (2011), « L'université, un espace de régulation. L'“ abandon ” dans les premiers cycles à l'aune de la socialisation universitaire », *Sociologie*, vol. 2, n° 3, p. 225-242.
- Bologna Process (2009). *The Bologna Process 2020 – The European Higher Education Area in the new decade*, Communiqué of the Conference of European Ministers Responsible for Higher Education, Louvain-la-Neuve, 6 p.
- BONNÉRY S. (2008), « Les usages de la psychologie à l'école : Quels effets sur les inégalités scolaires ? », *Sociologies pratiques*, vol. 17, n° 2, p. 107-120.
- BOUDON R. (1973). *L'inégalité des chances : La mobilité sociale dans les sociétés industrielles*, Malakoff : Armand Colin, 237 p.
- BOURDIEU P. (1982). *Leçon sur la leçon*, Paris : Les Éditions de Minuit, 60 p.
- BOURDIEU P. (1984). Le racisme de l'intelligence, p. 264-268 In P. BOURDIEU *Questions de sociologie*, Paris : Les Éditions de Minuit, 271 p.
- BOURDIEU P. (1997). *Les usages sociaux de la science : Pour une sociologie clinique du champ scientifique*, Versailles : INRA Éditions, 80 p.
- BOURDIEU P. (2001). *Langage et pouvoir symbolique*, Paris : Éditions du Seuil, 432 p.
- BOURDIEU P., PASSERON J.-C. (1964). *Les héritiers : Les étudiants et la culture*, Paris : Les Éditions de Minuit, 192 p.
- BOURDIEU P., PASSERON, J.-C. (1970). *La reproduction : Éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris : Les Éditions de Minuit, 284 p.
- BOURDIEU P., WACQUANT L. J. D. (1992). *Réponses : Pour une anthropologie réflexive*, Paris : Éditions du Seuil, 267 p.

- BRISON J.-L., MORO M.-R. (2016). *Mission bien-être et santé des jeunes*, rapport remis au Président de la République, 103 p.
- BROADWIN I. T. (1932), « A Contribution to the Study of Truancy », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 2, n° 3, p. 253-259.
- Bureau de la personnalisation des parcours scolaires et de la scolarisation des élèves en situation de handicap – DGESCO (2019). *Scolariser un élève à haut potentiel*, Vademecum, Paris : Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse, 32 p.
- CAZENEUVE C. (2013). *Désarroi de l'enfance : L'enfant sans symptôme ?* [Thèse de doctorat]. Doctorat de l'Université de Toulouse, Psychologie, Toulouse 2 le Mirail, 311 p.
- CHAMAK B., MOUTAUD B. (2014). *Neurosciences et société : Enjeux des savoirs et pratiques sur le cerveau*, Malakoff : Armand Colin, 320 p.
- CHAMPY P. (2019). *Vers une nouvelle guerre scolaire : Quand les technocrates et les neuroscientifiques mettent la main sur l'Éducation nationale*, Paris : La Découverte, 320 p., Cahiers Libres.
- Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (2013). *Parcours de soins des enfants atteints de troubles des apprentissages*, Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé, 28 p., Collection CNNSE.
- COMPAGNON C., CLUZEL S. (2021). *La stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement. Mise en œuvre dans les territoires*, Point d'étape : 3^{ème} année, Paris : Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement, 100 p.
- COMPAGNON C. (2022). *La stratégie nationale autisme et troubles du neuro-développement* [article en ligne], Secrétariat d'État chargé des personnes

handicapées, [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur : <https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neuro-developpement>

Congrès Français de Psychiatrie (2014). *Adversité sociale : Facteur de risque à court terme et vulnérabilité à long terme* [newsletter en ligne], Congrès Français de Psychiatrie, [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur : <https://congresfrancaispsychiatrie.org/adversite-sociale-facteur-de-risque-a-court-terme-et-vulnerabilite-a-long-terme/>

Conseil Scientifique de l'Éducation Nationale (2018). *Brochure du Conseil scientifique de l'Éducation nationale : Présentation et activités 2019-2020*, Paris : Conseil Scientifique de l'Éducation Nationale, Ministère de l'Éducation Nationale, 80 p.

CNESCO (2017). *Comment agir plus efficacement face au décrochage scolaire ?*, rapport de synthèse, Conférence de comparaisons internationales, Paris : CNESCO, 36 p.

CROCQ M.-A., GUELFY J.-D. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^{ème} édition), Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 1176 p.

CROGUENNEC Y. (2016). *La formation aux professions de la santé en 2015* (n° 202), Paris : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 156 p., Série statistiques.

DAVIS F. (1966). *The nursing profession*. Five sociological essays, Hoboken (New Jersey, USA) : John Wiley & Sons Inc, 220 p.

DEHAENE S. (2018). *Apprendre ! Les talents du cerveau, le défi des machines*, Paris : Odile Jacob, 380 p.

DEHAENE S., COHEN L. (2007), « Cultural recycling of cortical maps », *Neuron*, vol. 56, n° 2, p. 384-398.

- DEHAENE S., PASQUINELLI E. (2020). *La recherche translationnelle en éducation : Pourquoi et comment ?*, texte du Conseil Scientifique de l'Éducation Nationale, Paris : Conseil Scientifique de l'Éducation Nationale, Ministère de l'Éducation Nationale, 45 p.
- DEHAENE S., ZIEGLER, J. (2020). *Évaluer pour mieux aider. ÉvalAide*, un dispositif scientifique de prévention des difficultés en lecture et en mathématiques au CP et au CE1, texte collectif rédigé par le groupe de travail Évaluations & interventions du Conseil Scientifique de l'Éducation Nationale, Paris : Conseil Scientifique de l'Éducation Nationale, 52 p.
- DEHAENE S. *et al.* (2021). *Évaluer la lecture en 6^{ème}*, note du Conseil Scientifique de l'Éducation Nationale, Paris : Conseil Scientifique de l'Éducation Nationale, 14 p.
- DELAHAYE J.-P. (2014). *Évaluation partenariale de la politique de lutte contre le décrochage scolaire*, rapport de diagnostic, Paris : Ministère de l'Éducation Nationale, Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique, 151 p.
- DELAUBIER J.-P. (2002). *La scolarisation des élèves « intellectuellement précoces »*, rapport remis au Ministre de l'Éducation Nationale, Paris : Ministère de l'Éducation Nationale, 48 p.
- DELAVERGNE C. (en cours). *Analyse systémique des conditions de diffusion des politiques publiques dans les institutions éducatives : le cas du travail collaboratif dans l'enseignement secondaire* [Thèse de doctorat]. Sciences de l'éducation : Université de Bordeaux.
- Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement (2020). *Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans* [livret en ligne], livret de repérage pour les

médecins, 20 p. [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur :
https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_reperage_tnd_2020.janv.pdf

Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement (2022). *Annuaire des médecins experts TSA, TDAH, troubles dys à l'usage des cellules de recueil des informations préoccupantes (Crip) et des magistrats*, 16 p.

DELLATOLAS G., VALLEE L. (2005). *Recommandations sur les outils de repérage, dépistage et diagnostic pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage*, Plan triennal interministériel 2001-2004, Paris : Ministère de l'Éducation Nationale, Ministère de la Santé et des Solidarités, 129 p.

DEMUYNCK, C. (2009). *Sur la politique en faveur des jeunes*, rapport d'information au nom de la mission commune d'information, n° 436, Paris : Sénat, 263 p.

DEMUYNCK C., PECRESSE V. (2011). *Réduire de moitié le décrochage universitaire*, rapport remis au Premier Ministre, Paris : Sénat, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 146 p.

Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (2009). *Repères et références statistiques : enseignements, formation, recherche*, rapport statistique, Paris : MEN-MESR-DEPP, 424 p.

Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (2012). *Repères et références statistiques : enseignements, formation, recherche*, rapport statistique, Paris : MENESR-DEPP, 426 p.

Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (2016). *Repères et références statistiques : enseignements, formation, recherche*, rapport statistique, Paris : MENESR-DEPP, 404 p.

- Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (2017a). *L'état de l'école 2017 : coûts, activités, résultats* (n° 27), Paris : MEN-DEPP, 92 p.
- Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (2017b). *Repères et références statistiques : enseignements, formation, recherche*, rapport statistique, Paris : MENESR-DEPP, 400 p.
- Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (2018). *Repères et références statistiques : enseignements, formation, recherche*, rapport statistique, Paris : MENESR-DEPP, 396 p.
- Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (2021a). *L'état de l'École 2021 : Une analyse statistique du système éducatif*, rapport statistique, Paris : MENESR-DEPP, 112 p.
- Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (2021b). *Repères et références statistiques : enseignements, formation, recherche*, rapport statistique, Paris : MENESR-DEPP, 422 p.
- Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (2021c). *Géographie de l'école*, rapport statistique, Paris : MEN-DEPP, 112 p.
- DUBET F. (2002). *Le déclin de l'institution*, Paris : Éditions du Seuil, 432 p.
- DUFOUR D.-R. (1996). *Folie et démocratie : Essai sur la forme unaire*, Paris : Gallimard, 256 p.
- DUMONCEL J.-C. (1991). *Le jeu de Wittgenstein : Essai sur la mathesis universalis*, Paris : Presses universitaires de France, 246 p.
- Dys-positif (2018). *Active-Base : Les bienfaits sur les enfants « DYS » et/ou « TDAH »* [article en ligne], association Dys-positif, [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.dys-positif.fr/active-base-bienfaits-enfants-dys-etou-tdah/>

- ESTRYN-BEHAR, M. *et al.* (2010), « Interruptions et abandons dans la formation en soins infirmiers en Île-de-France », *Soins Cadres de Santé*, vol. 73, p. 49-52.
- FARAONE S. V. *et al.* (2021), « The World Federation of ADHD International Consensus Statement : 208 Evidence-based conclusions about the disorder », *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, vol. 128, p. 789-818.
- FERRETTI C. (2007). *La formation aux professions de la santé en 2006* (n° 118), Paris : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 163 p., Série statistiques.
- FERRETTI C., MARQUIER R. (2006). *La formation aux professions de la santé en 2005* (n° 109), Paris : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 218 p., Série statistiques.
- FLUSS J. *et al.* (2008), « Prévalence des troubles d'apprentissages du langage écrit en début de scolarité : L'impact du milieu socioéconomique dans 3 zones d'éducatons distinctes », *Archives de Pédiatrie*, vol. 15, n° 6, p. 1049-1057.
- FOREST D. (2014). *Neurosepticisme : Les sciences du cerveau sous le scalpel de l'épistémologue*, Paris : Ithaque, 208 p.
- FOUCAULT M. (2007). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris : Gallimard, 700 p.
- FOUCAULT M., EWALD F. et FONTANA A. (2003). *Le pouvoir psychiatrique : Cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris : Éditions du Seuil : Gallimard, 404 p.
- FRANCES A. J. (2013). *Sommes-nous tous des malades mentaux ? Le normal et le pathologique*, Paris : Odile Jacob, 432 p.
- FUMEAUX P., REVOL O. (2014), « 41. Haut Potentiel », p. 326-333 in F. BANGE (Éd.), *TDA/H - Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité : En 57 notions*, Malakoff : Dunod, 500 p. Aide-mémoire.

- GALERA C., MOULIN C. et BOUVARD M. (2016), « Chapitre 10. Épidémiologie du TDAH », p. 192-208 in M. BOUVARD, *Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité de l'enfant à l'adulte : Approche développementale*, Malakoff : Dunod, 272 p., Psychothérapies.
- GALLÉ-TESSONNEAU M. (2016), Evolution historique et actuelle des concepts et des termes employés, p. 193-201 in Association Phobie scolaire (Éd.), *École : Quand la phobie prend le dessus. Phobie scolaire, harcèlement, dyslexie, précocité, les solutions des parents, les réponses des experts*, Paris : Josette Lyon., 381 p.
- GARCIA S. (2013), Chapitre 3. De l'échec au handicap : L'investissement d'une catégorie médicale, p. 117-157 in S. GARCIA, *À l'école des dyslexiques. Naturaliser ou combattre l'échec scolaire ?*, Paris : La Découverte, 310 p., Sciences humaines.
- GARCIA S. (2018). *Le goût de l'effort : La construction familiale des dispositions scolaires*, Paris : Presses universitaires de France, 204 p., Éducation et société.
- GARDOU C. (2012). *La société inclusive, parlons-en : Il n'y a pas de vie minuscule*, Toulouse : Érès, 176 p., Connaissances de la diversité.
- GÉRARD C.-L. (2008), « Troubles des apprentissages », *La revue du praticien*, vol. 58, p. 737-740.
- GIROUX J. (2013), « Étude des rapports enseignement/apprentissage des mathématiques dans le contexte de l'adaptation scolaire : Problématique et repères didactiques », *Éducation et didactique*, vol. 7, n° 1, p. 59-86.
- GÓMEZ-CANO S. *et al.* (2021), « The role of psychosocial adversity in the aetiology and course of attention deficit hyperactivity disorder ». *Revista Colombiana de Psiquiatría*.

- GONON F. (2010), « Cinquante ans de psychiatrie biologique : De l'espoir au doute assumé, Édouard Zarifian et Elliot Valenstein, militants exemplaires », *Sud/Nord*, vol. 25, n° 1, p. 39-48.
- GONON F. (2014), « La psychiatrie biologique : Une bulle spéculative ? », p. 43-61, in M. SASSOLAS, *Défense de la clinique en psychiatrie*, Toulouse : Érès, 204 p., Santé mentale
- GONON F., MOISAN M.-P. (2013), « L'épigénétique, la nouvelle biologie de l'histoire individuelle ? », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1-2, p. 21-31.
- GORI R., DEL VOLGO M.-J. (2020). *Exilés de l'intime : Vers un homme neuroéconomique ?*, Paris : Éditions Les Liens qui Libèrent, 368 p.
- GRARD M.-A. (2015). *Une école de la réussite pour tous*, avis du Conseil Économique, Social et Environnemental, Paris : Conseil Économique, Social et Environnemental, Éditions des Journaux Officiels, 138 p., NOR : CESL1100013X.
- GROBON S., PANICO L. et SOLAZ A. (2019), « Inégalités socioéconomiques dans le développement langagier et moteur des enfants à 2 ans », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire – Santé Publique France*, n° 1, p. 2-9.
- GUIVARCH J., POINSO F. et GIGNOUX-FROMENT F. (2018), « Malaise à l'école », *L'information psychiatrique*, vol. 94, n° 8, p. 681-688.
- HABERSTROH S., SCHULTE-KÖRNE G. (2019), « The Diagnosis and Treatment of Dyscalculia », *Deutsches Ärzteblatt international*, vol. 116, p. 107-114.
- HABIB M. (2011), « Le cerveau de l'hyperactif : Entre cognition et comportement », *Développements*, vol. 9, n° 3, p. 26-40.
- HABIB M. (2018), « Chapitre 1. Apport des neurosciences à la rééducation des troubles neurodéveloppementaux : La dyslexie comme modèle de dysconnectivité », p.

43-86 in C. SEGUIN, *Rééducation cognitive chez l'enfant : Apport des neurosciences, méthodologie et pratiques*, Louvain la Neuve : De Boeck Supérieur, 336 p, Apprendre et réapprendre.

HAGUENAUER M. (2016), « Maux pour mot : Résonance des troubles spécifiques des apprentissages sur le développement psychique de l'enfant », *Empan*, vol. 101, n°1, p. 35-41.

Haute Autorité de Santé (2014). *Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*, Recommandation de bonne pratique, Paris : Haute Autorité de Santé, 94 p, Méthode Recommandations pour la pratique clinique.

Haute Autorité de Santé (2017). *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?*, Paris : Haute Autorité de Santé, 60 p., Les parcours de soins.

HETZEL P., BOUYGARD F. et DE MONTS DE SAVASSE H. (2006). *De l'Université à l'Emploi*, Commission du débat national Université Emploi, Paris : Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 108 p.

HEYNE D. *et al.* (2020), « Improving school attendance by enhancing communication among stakeholders : Establishment of the International Network for School Attendance (INSA) », *European Child et Adolescent Psychiatry*, vol. 29, p. 1023-1030.

HORELLOU-LAFARGE C., SEGRE M. (2016), « Chapitre III : Lire, un apprentissage scolaire déterminant », p. 49-62, in C. HORELLOU-LAFARGE, M. SEGRE *Sociologie de la lecture*, Paris : La Découverte, 128 p.

- IGLOI K. *et al.* (2022). *Mieux dormir pour mieux apprendre*. Synthèse de la recherche et recommandations, Paris : Conseil Scientifique de l'Éducation Nationale, Ministère de l'Éducation Nationale, 36 p.
- Inserm (2007a). *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie* : Bilan des données scientifiques, rapport complet, Paris : Les éditions Inserm, 862 p., Expertise collective.
- Inserm (2007b). *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie* : Bilan des données scientifiques Synthèse et recommandations, rapport de synthèse, Paris : Les éditions Inserm, 134 p., Expertise collective.
- Inserm (2019). *Trouble développemental de la coordination ou dyspraxie*, Montrouge : EDP Sciences, 652 p., Expertise collective.
- JAKOUBOVITCH S. (2009). *La formation aux professions de la santé en 2008* (n° 139), Paris : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 108 p., Série statistiques.
- JAKOUBOVITCH S. (2010). *La formation aux professions de la santé en 2009* (n° 150), Paris : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 108 p., Série statistiques.
- JAKOUBOVITCH S. (2012). *La formation aux professions de la santé en 2010* (n° 165), Paris : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 108 p., Série statistiques.
- JANOSZ M. (2000), « L'abandon scolaire chez les adolescents : Perspective nord-américaine », *VEI Enjeux*, n° 122, p. 105-127.
- JOHNSON A. M. *et al.* (1941), « School phobia », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 11, n° 4, p. 702-711.

- JOLLY D. (2009). *La formation aux professions de la santé en 2007* (n° 128), Paris : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 180 p., Série statistiques.
- JONQUERES D'ORIOLO P. (2017), « Phobie scolaire : Symptômes et traitements de la phobie scolaire », [périodique en ligne], magazine *Au féminin*, [consulté le 15 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.aufeminin.com/ados/phobie-scolaire-s741336.html>
- KATAINEN J., THYSSEN M. (2019). *Smarter, greener, more inclusive? Indicators to support the Europe 2020 strategy*, Luxembourg : Publications Office of the European Union, 116 p., Statistical books.
- KERMARREC S. *et al.* (2020), « Anxiety disorders in children with high intellectual potential », *BJPsych Open*, vol. 6, n° 4, p. 1-6.
- KOLINSKY R. *et al.* (2018), « Les bases neurales de l'apprentissage de la lecture », *Langue française*, vol. 199, n°3, p. 17-33.
- KOLINSKY R. *et al.* (2014), « L'influence de l'apprentissage du langage écrit sur les aires du langage », *Revue de neuropsychologie*, vol 6, n° 3, p. 173-181.
- LASCOUMES P., LE GALES P. (2005), « Introduction : L'action publique saisie par ses instruments », p. 11-44. in P. LASCOUMES, P. LE GALES, *Gouverner par les instruments*, Paris : Presses de Sciences Po, 370 p., Académique.
- LAVAL C. *et al.* (2012). *La nouvelle école capitaliste*, Paris : La Découverte, 276 pages, Sciences humaines.
- LE MENER M., MEURET D. et MORLAIX S. (2017), « L'accroissement de l'effet de l'origine sociale sur la performance scolaire : Par où est-il passé ? », *Revue française de sociologie*, vol. 58, n° 2, p. 207-231.

- LECENDREUX M., KONOFAL E. et FARAONE S. V. (2011), « Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Associated Features Among Children in France », *Journal of Attention Disorders*, vol. 15, n° 6, p. 516-524.
- LEMERLE S. (2014), « I. Le retour du biologisme sur la scène intellectuelle », p. 19-48 in S. LEMERLE, *Le singe, le gène et le neurone : Du retour du biologisme en France* Paris : Presses Universitaires de France Science, 256 p., Sciences, histoire et société.
- LEMERLE S. (2016), « Trois formes contemporaines de biologisation du social », *Socio*, vol. 6, p. 81-96.
- LI A. et al. (2021), « A Systematic Review of Somatic Symptoms in School Refusal », *Psychosomatic Medicine*, vol. 83, n° 7, p. 715-723.
- LIGNIER W. (2012). *La petite noblesse de l'intelligence : Une sociologie des enfants surdoués*, Paris : La Découverte, 360 p., Laboratoire des sciences sociales.
- LIGNIER W. (2015), « L'identification des enfants. Un modèle utile pour l'analyse des primes socialisations », *Sociologie*, vol. 6, n° 2, p. 177-194.
- LOCRET-CAPON C., BIOULAC S. (2016), « Chapitre 2. Description clinique et évaluation diagnostique chez l'enfant », p. 25-45 in M. BOUVARD, *Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité de l'enfant à l'adulte*, Malakoff : Dunod, 272 p. Psychothérapies.
- LOVETT B. J., SPARKS R. L. (2013), « The Identification and Performance of Gifted Students With Learning Disability Diagnoses : A Quantitative Synthesis », *Journal of Learning Disabilities*, vol. 46, n° 4, p. 304-316.
- MACRON E. (2022). Discours du Président Emmanuel Macron à l'occasion de la clôture du 50^{ème} anniversaire du congrès de la Conférence des présidents d'universités [en ligne], Élysée, [consulté le 15 mai 2022]. Disponible sur :

<https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2022/01/13/discours-du-president-emmanuel-macron-a-loccasion-de-la-cloture-du-50eme-anniversaire-du-congres-de-la-conference-des-presidents-duniversites>

- MARQUIER R. (2006). *Les étudiants en soins infirmiers en 2004* (n° 55), Paris : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 37 p., Série Études.
- MARRA D., GAREL P. et LEGENDRE C. (1997), « Phobie scolaire et troubles de l'anxiété en milieu scolaire », *Psychiatrie, recherche et intervention en santé mentale de l'enfant*, vol. 7, n°2, p. 570-579.
- MATHIOT P. (2018). *Un nouveau Baccalauréat pour construire le lycée des possibles : Un enjeu majeur pour notre jeunesse, un défi essentiel pour préparer la société de demain*, rapport remis au Ministre de l'Éducation Nationale, Paris : Ministère de l'Éducation Nationale, 65 p.
- MAYNARD B. R. *et al.* (2015), « Treatment for School Refusal Among Children and Adolescents : A Systematic Review and Meta-Analysis », *Research on Social Work Practice*, vol. 28, n°1, p. 56-67.
- MCDERMOTT R., VARENNE H. (1995), « Culture as disability », [Traducteur : P. CLANCHÉ], *Anthropology et Éducation quarterly*, vol. 26, n° 3, p. 324-348.
- MCDERMOTT R., VARENNE H. et GOLDMAN S. (2006), « La fabrication culturelle des troubles d'apprentissage », [Traducteur : C. ROINÉ], *Educational researcher*, vol. 35, n° 6, p. 12-17.
- MISÈS R. (2012). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012 ; Correspondances et transcodage CIM 10*. Rennes : Presses de l'École des hautes études en santé publique, 127 p.

- MISÈS R., QUEMADA N. (2002). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2000. Classification internationale des maladies CIM 10. Chapitre V - troubles mentaux et du comportement* (4^{ème} édition), Paris : Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, 191 p.
- MONGE A. (2017), « Tous dys-ffférents ! Parcours du combattant ou parcours de santé... » [en ligne], intervention lors de la journée des dys 2017 organisée par Apedys Isère [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur : <https://isere.apedys.org/uploaded/reseau-anais-journa-e-dys-7-octobre-2017.pdf>
- MONTMASSON-MICHEL F. (2019), « Contraindre sans contraindre : Du “ client idéal ” de l'école maternelle aux difficultés professionnelles enseignantes » [article en ligne], *Éducation et socialisation*, vol. 54., [consulté le 15 mai 2022]. Disponible sur : <http://journals.openedition.org.docelec.u-bordeaux.fr/edso/7692>
- MOREL S. (2014). *La médicalisation de l'échec scolaire*, Paris : La Dispute, 210 p., L'enjeu scolaire.
- MOREL S. (2016), « Troubles dans les apprentissages : Neurosciences cognitives et difficultés scolaires », *Revue européenne des sciences sociales*, vol. 54, n° 1, p. 221-247.
- MOREL S. (2018), « Peut-on contrôler la médicalisation de l'échec scolaire ? Les logiques sociales d'un processus », *Administration et Éducation*, vol. 1, n° 157, p. 51-60.
- MOREL S. (2021), « Les inégalités sociales d'apprentissage : Perspectives interdisciplinaires de recherche entre sociologie de l'éducation et sciences cognitives », *Raisons éducatives*, vol. 1, n° 25, p. 19-40.

- MOULIN S. *et al.* (2014), « La propagation internationale d'une représentation. Le cas du décrochage scolaire », *Histoire et mesure*, vol. XXIX, n° 1, p. 139-166.
- MUSSAT L. (2015), « Perturbateurs endocriniens : Le coût de l'inaction » [article en ligne], CNRS Le journal, [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur : <https://lejournel.cnrs.fr/articles/perturbateurs-endocriniens-le-cout-de-linaction>
- MUSSELIN C. (2017). *La grande course des universités*, Paris : Presses de Sciences Po, 304 p.
- NELSON J. M., HARWOOD H. (2011), « Learning Disabilities and Anxiety : A Meta-Analysis », *Journal of Learning Disabilities*, vol. 44, n° 1, p. 3-17.
- NOURREDINE M. *et al.* (2021), « Association of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood and Adolescence With the Risk of Subsequent Psychotic Disorder : A Systematic Review and Meta-analysis », *JAMA Psychiatry*, vol. 78, n° 5, p. 519-529.
- NOGUEIRA A. M., HAWLEY, J. et NEVALA, A.-M. (2011). *Réduire le décrochage scolaire précoce dans l'Union Européenne*, étude de la commission Culture et Éducation, Bruxelles : Parlement européen, 360 p.
- OGBU J. (1985), « Anthropology of education », [traducteur : P. CLANCHÉ], *International Encyclopedia of Education*, p. 276-298.
- Observatoire des inégalités (2021). *Rapport sur les inégalités en France*, Tours : Observatoire des inégalités, 176 p.
- Organisation des Nations Unies (1948). *Déclaration universelle des droits de l'homme* [en ligne]. ONU, 8 p., [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>

- Organisation des Nations Unies (1989). *Convention internationale des droits de l'enfant* [en ligne]. ONU, 19 p., [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur : https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Conv_Droit_Enfant.pdf
- Organisation Mondiale de la Sante (1994). *Classification internationale des maladies ; dixième révision, chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*, [Traduction C. PULL], Paris : Masson, 226 p.
- ORTEGA F. (2009), « The Cerebral Subject and the Challenge of Neurodiversity », *BioSocieties*, vol. 4, p. 425-445.
- PACHERIE E. (1993), « Une théorie naturaliste de l'intentionnalité est-elle possible ? », p. 73-86 in B. ANDRIEU D. DE BECHILLON et Université de Pau et des pays de l'Adour (Éd.), *Le Cerveau, la machine-pensée*. Paris : L'Harmattan, 142 pages.
- PEIXOTO O., PAOLETTI M. (2004). *Les enfants surdoués*, rapport d'étude n° 68EI57, Paris : TNS Sofres, association FRACTALES, 77 p.
- PHILIPPE, E., PISANI FERRY, J. (2017). *Le Grand Plan d'Investissement 2018-2022*, dossier de Presse, Paris : République Française, 9 p.
- PIAGET J. (1975). *L'équilibration des structures cognitives : problème central du développement*, Paris : Presses Universitaires de France, 188 p.
- PINELL P., ZAFIROPOULOS M. (1978), « La médicalisation de l'échec scolaire. De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 24, n° 1, p. 23-49.
- PLAISANCE E. (1989), « Echec et réussite à l'école : L'évolution des problématiques en sociologie de l'éducation », *Psychologie Française*, vol. 4, n° 34, p. 229-235.

- PONNOU S. (2020), « Prévalence, diagnostic et médication de l'hyperactivité/TDAH en France », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*.
- PONNOU S., HALIDAY H. (2021), « ADHD Diagnosis and Drug Use Estimates in France : A Case for Using Health Care Insurance Data », *Journal of Attention Disorders*, vol. 25, n° 10, p. 1347-1350.
- PONNOU S., HALIDAY H. et GONON, F. (2020), « Where to find accurate information on attention-deficit hyperactivity disorder ? A study of scientific distortions among French websites, newspapers, and television programs », *Health : An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, vol. 24, n° 6, p. 684-700.
- POTVIN P. *et al.* (2007). *Y'a une place pour toi : Guide de prévention du décrochage scolaire* (2^{ème} édition), Québec : Centre de Transfert pour la Réussite Educative du Québec (CTREQ), 101 p.
- QUENSON E. (2017). *Quand l'école est finie. Premiers pas dans la vie active de la génération 2013* (n° 1), Marseille : Céreq, 76 p, Céreq enquêtes.
- RAMUS F. (2011), « Repérer les enfants en difficulté dès la maternelle, une nécessité », article de Presse, *Libération* du vendredi 9 décembre 2011, p. 25.
- RAMUS F. *et al.* (2021), « Épidémiologie des troubles de la lecture en France : Une comparaison du DSM-5 et de la CIM-11 », *ANAE – Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, vol. 33, n°175.
- RAWLS J. (1997). *Théorie de la justice*, [C. AUDARD] Paris : Éditions du Seuil, 672 p.
- RINGARD J.-C. (2000). *A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique*, rapport remis au Ministre de l'Éducation Nationale, 88 p.

- ROINÉ C. (2009). *Cécité didactique et discours noosphériens dans les pratiques d'enseignement en SEGPA : Une contribution à la question des inégalités* [Thèse de doctorat]. Sciences de l'éducation : Université de Bordeaux 2, 330 p.
- RUTSCHMANN Y., CHIVA M. (1971), « Chapitre III : l'étiologie de la débilité mentale », p. 108-165 in R. ZAZZO, *Les débilités mentales*. Malakoff : Armand Colin, 508 p.
- SACRESTE B. C. (2013). *La formation aux professions de la santé en 2011* (n° 178), Paris : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 112 p., Série statistiques.
- SACRESTE B. C. (2014). *La formation aux professions de la santé en 2012* (n° 188), Paris : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 122 p., Série statistiques.
- SACRESTE B. C. (2015). *La formation aux professions de la santé en 2013* (n° 195), Paris : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 124 p., Série statistiques.
- SACRESTE B. C. (2016). *La formation aux professions de la santé en 2014* (n° 198), Paris : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 120 p., Série statistiques.
- Santé Publique France (2021), « Santé mentale des adolescents : Une campagne entièrement digitale pour les inciter à en parler » [article en ligne], Santé Publique France, [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/sante-mentale-des-adolescents-une-campagne-entierement-digitale-pour-les-inciter-a-en-parler>

- SARRAZY B. (1996). *La sensibilité au contrat didactique : Rôle des Arrière-plans dans la résolution de problèmes d'arithmétique au cycle 3* [Thèse de doctorat]. Sciences de l'éducation, Université de Bordeaux II, 775 p.
- SARRAZY B. (2002a). *Approche anthropo-didactique des phénomènes d'enseignement des mathématiques : Contribution à l'étude des inégalités scolaires à l'école élémentaire* [Note de synthèse pour l'habilitation à diriger des recherches]. Sciences de l'éducation, Université Victor Segalen Bordeaux 2.
- SARRAZY B. (2002b), « Les hétérogénéités dans l'enseignement des mathématiques », *Educational Studies in Mathematics, Kluwer Academic Publishers*, 49, p. 89-117.
- SARRAZY B. (2007), « Ostension et dévolution dans l'enseignement des mathématiques : Anthropologie wittgensteinienne et théorie des situations didactiques », *Éducation et didactique*, vol. 1, n° 3, p. 31-46.
- SAVOURNIN F. (2016), « De la difficulté au trouble : Vers une médicalisation des difficultés scolaires ? », *Érès*, vol. 1, n° 101, p. 42-46.
- SEARLE J. R. (1998). *La construction de la réalité sociale* [Traduction C. TIERCELIN]. Paris : Gallimard, 320 p.
- Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées (2022a), « Engagement 2 : Intervenir précocement auprès des enfants présentant des écarts inhabituels de développement » [article en ligne], Délégation interministérielle à l'autisme et aux troubles du neuro-développement, [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur : <https://handicap.gouv.fr/engagement-2>
- Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées (2022b), « Accélération de la recherche française sur les troubles du neuro-développement (TND) | Handicap » [article en ligne], Délégation interministérielle à l'autisme et aux troubles du neuro-

développement, [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur : <http://handicap.gouv.fr/acceleration-de-la-recherche-francaise-sur-les-troubles-du-neuro-developpement-tnd>

Secrétaire général des Nations Unies (2020). *Inclusion du handicap dans le système des Nations Unies*, rapport du Secrétaire Général, New York : Organisation des Nations Unies, 36 p.

SICART D. (2014). *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2014* (n° 189), Paris : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 91 p., Série statistiques.

SILICANI J.-L. (2008). *Livre blanc sur l'avenir de la fonction publique*, rapport remis au Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique et au Secrétariat d'État à la Fonction publique, Paris : La Documentation française, 240 p.

SONUGA-BARKE E. J. S. (2010), Editorial : « It's the environment stupid ! » On epigenetics, programming and plasticity in child mental health, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 51, n°2, p. 113-115.

Société Française de Pédiatrie, Direction Générale de la Santé (2009). *Difficultés et troubles des apprentissages chez l'enfant à partir de 5 ans* [guide pratique en ligne], 28 p., [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Difficultes et troubles des apprentissages chez 1 enfant a partir de 5 ans.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Difficultes_et_troubles_des_apprentissages_chez_1_enfant_a_partir_de_5_ans.pdf)

SORIANO V., WATKINS, A. et EBERSOLD, S. (2017). *Inclusive education for learners with disabilities*, Study for the Petitions Committee, Brussels : European parliament, 47 p.

- TERRASSIER J.-C. (2009), « Les enfants intellectuellement précoces », *Archives de Pédiatrie*, vol. 16, n° 12, p. 1603-1606.
- THÉLOT C. (2004). *Pour la réussite de tous les élèves*, rapport de la Commission du débat national sur l'avenir de l'École, Paris : La documentation française, 159 p., Ed. Scérén.
- THIBERT R. (2013). *Le décrochage scolaire : Diversité des approches, diversité des dispositifs*, *Institut Français de l'Éducation*, n° 84, 24 p.
- THIEVENAZ J. (2022), « Le travail de près, ou les détails de l'expérience », *Éducation permanente*, n°230, p. 59-70.
- TORDJMAN S. *et al.* (2018), « Les enfants à haut potentiel en difficulté : Apports de la recherche clinique », *L'Encéphale*, vol. 44, n° 5, p. 446-456.
- Tous à l'école (2015), « Phobie scolaire ou refus scolaire anxieux » [article en ligne], *Projet Tous à l'école*, [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur : <https://tousalecole.fr/content/phobie-scolaire-ou-refus-scolaire-anxieux>
- UNESCO (1994). *Déclaration de Salamanque et cadre d'action pour les besoins éducatifs spéciaux*, rapport de l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture, Ministère de l'Éducation et des Sciences d'Espagne, Paris : UNESCO, 48 p.
- Union des Orthopédagogues de France (2015). *Site officiel de l'Union des Orthopédagogues de France* [en ligne], [consulté le 16 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.orthopedagogues.fr/>
- VAIVRE-DOURET L. (2011), « Developmental and Cognitive Characteristics of “High-Level Potentialities” (Highly Gifted) Children », *International Journal of Pediatrics*, vol. 2011, p. 1-14.

- VAN-RECHEM F., GEWERC C. et CASILE J. (2009), *Les ruptures de parcours des étudiants infirmiers en cours de formation*, Amiens : Conseil Régional de Picardie, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Observatoire Régional de la Santé et du Social, 16 p.
- VAN ZANTEN A. (2009). *Choisir son école*. Paris : Presses Universitaires de France, 304 p., Le Lien social.
- VENTOSO Y FONT A., FUMEY J. (2016). *Comprendre l'inclusion scolaire*. Poitiers : Réseau Canopé Éditions, 128 p.
- VALLS, M. (2014). *Plan interministériel de lutte contre le décrochage scolaire*, dossier de présentation. Premier Ministre, ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social. Paris : MENESR, 25 p.
- VIDAL C. (2008), « Ordre moral, ordre cérébral ? » p. 33-41 in Le collectif pas de 0 de conduite, *Enfants turbulents : l'enfer est-il pavé de bonnes intentions ?*, Toulouse : Érès, 304 p.
- VIDAL, F. (2017). *Plan étudiants : Accompagner chacun vers la réussite*. Ministère de l'Éducation Nationale, ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, Paris : MENESR, 44 p.
- VIGO S., FRANC N. (2012). *Mon enfant est hyperactif, TDAH : Regards croisés d'une maman et d'une pédopsychiatre*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 156 p., Parentalités.
- WAHL G. (2019), « Chapitre IV. Étiologie du TDAH », p. 65-78 in G. WAHL *Les enfants hyperactifs (TDAH)* Paris : Presses Universitaires de France, 128 p., Que sais-je ?

- WAHL G., MADELIN-MITJAVILE C. (2007). *Comprendre et prévenir les échecs scolaires*. Paris : Odile Jacob, 286 p.
- WILLIG T.-N. *et al.* (2022), « The Organization of Diagnosis, Care and Funding for Specific Learning and Developmental Disorders (SLDD) : A French Regional Experimental Protocol », *Frontiers in Pediatrics*, vol. 9, p. 652-686.
- WITTGENSTEIN L. (1961). *Tractatus logico-philosophicus (suivi des Investigations philosophiques)*, [Traducteur : P. KLOSSOWSKI], Paris : Gallimard, 364 p.
- WITTGENSTEIN L. (1998). *Le cahier bleu et le cahier brun : Études préliminaires aux « Investigations philosophiques »*; suivi de Ludwig Wittgenstein par Norman Malcolm. Saint Amand : Gallimard, 434 p., Tel.
- WITTGENSTEIN L. (2004). *Recherches philosophiques*, [Traducteurs : F. DASTUR et E. RIGAL.], Paris : Gallimard, 380 p.
- WOOLLVEN M. (2019), « Décrire et mesurer des difficultés scolaires naturalisées : À propos de la dyslexie en France et au Royaume-Uni », *Politiques de communication*, vol. 11, n° 2, p. 131-158.
- WOOLLVEN M. *et al.* (2019), « Lire et parler », p. 1061-1094, in B. LAHIRE, *Enfances de classe : De l'inégalité parmi les enfants*, Paris : Éditions du Seuil, 1232 p.

Références des textes officiels

- Ministère de l'Éducation Nationale (1990). Circulaire n° 90-082 du 9 avril 1990 relative à la mise en place et organisation des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté, Bulletin Officiel de l'Éducation Nationale n° 16 du 19 avril 1990, NOR : MENE9050160C.

Ministère de l'Éducation Nationale (2002). Circulaire n° 2002-113 du 30 avril 2002 relative aux dispositifs de l'adaptation et de l'intégration scolaires dans le premier degré concernant la scolarisation des élèves handicapés, Bulletin officiel de l'Éducation Nationale n° 19 du 9 mai 2002, NOR : MENE0201158C.

Ministère de l'Éducation Nationale (2005). Article L321-4, Code de l'éducation.

Ministère de l'Éducation Nationale (2007). Circulaire n° 2007-158 du 17 octobre 2007 relative au parcours scolaire des élèves intellectuellement précoces ou manifestant des aptitudes particulières à l'école et au collège, Bulletin officiel de l'Éducation Nationale n° 38 du 25 octobre NOR : MENE0701646C.

Ministère de l'Éducation Nationale (2008). Décrochage scolaire : Mise en œuvre des décisions du Comité interministériel des villes, Plan Espoir Banlieues, Bulletin officiel de l'Éducation Nationale n° 1 du 1er janvier 2009, NOR : MENB0801025C.

Ministère de l'Éducation Nationale (2009a). Circulaire n° 2009-13 du 5 mai 2009 relative au développement et au financement des écoles de la deuxième chance, NOR : ECED0911259C.

Ministère de l'Éducation Nationale (2009b). *Enseignements élémentaire et secondaire* : Prévention du décrochage scolaire, Bulletin officiel de l'Éducation Nationale n° 23 du 4 juin 2009, NOR : MENE0900412J.

Ministère de l'Éducation Nationale (2009c). Circulaire relative au guide d'aide à la conception de modules de formation pour une prise en compte des élèves intellectuellement précoces, Bulletin officiel de l'Éducation Nationale n° 45 du 3 décembre 2009, NOR : MENE0900994C.

Ministère de l'Éducation Nationale, Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (2009). *Guide d'aide à la conception de modules de formation pour une prise en compte des*

élèves intellectuellement précoces, Bulletin officiel de l'Éducation Nationale n° 45 du 3 décembre 2009, NOR : MENE0900994C.

Ministère de l'Éducation Nationale (2012a). Arrêté du 15 février 2012 relatif à la dispense et l'adaptation de certaines épreuves ou parties d'épreuves obligatoires de langue vivante à l'examen du baccalauréat général, technologique ou professionnel pour les candidats présentant une déficience auditive, une déficience du langage écrit, une déficience du langage oral, une déficience de la parole, une déficience de l'automatisation du langage écrit, une déficience visuelle, JORF n° 0041 du 17 février 2012, NOR : MENE1135596A.

Ministère de l'Éducation Nationale (2012b). Circulaire n° 2012-056 du 27 mars 2012 relative aux orientations et instructions pour la préparation de la rentrée 2012, Bulletin officiel de l'Éducation Nationale n° 13 du 29 mars 2012, NOR : MENE1209011C.

Ministère de l'Éducation Nationale (2013). Article L311-3-1, Code de l'éducation.

Ministère de l'Éducation Nationale (2014a). Circulaire n° 2014-083 du 8 juillet 2014 relative aux conditions de recrutement et d'emploi des accompagnants des élèves en situation de handicap, Bulletin officiel de l'Éducation Nationale n° 28 du 10 juillet 2014, NOR : MENH1411625C.

Ministère de l'Éducation Nationale (2014b). Circulaire n° 2014-107 du 18 août 2014 relative à l'adaptation scolaire et à la scolarisation des élèves handicapés, Bulletin officiel de l'Éducation Nationale n° 31 du 28 août 2014, NOR : MENE1418316C.

Ministère de l'Éducation Nationale (2014c). Décret n° 2014-1377 du 18 novembre 2014 relatif au suivi et à l'accompagnement pédagogique des élèves, JORF n° 268 du 20 novembre 2014, NOR : MENE1418381D.

Ministère de l'Éducation Nationale (2015a). Circulaire du 22 janvier 2015 relative au plan d'accompagnement personnalisé, NOR : MENE1501296C.

Ministère de l'Éducation Nationale (2015b). Circulaire n° 2015-129 du 21 août 2015 relative aux unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis), et aux dispositifs pour la scolarisation des élèves en situation de handicap dans le premier et le second degrés, Bulletin officiel de l'Éducation Nationale n° 31 du 27 août 2015, NOR : MENE1504950C.

Ministère de l'Éducation Nationale (2016). Circulaire n° 2016-117 du 8 août 2016 relative à la scolarisation des élèves en situation de handicap, Bulletin officiel de l'Éducation Nationale n° 30 du 25 août 2016, NOR : MENE1612034C.

Ministère de l'Éducation Nationale (2017). Décret n° 2017-120 du 1^{er} février 2017 portant dispositions statutaires relatives aux psychologues de l'éducation nationale, JORF n° 0028 du 2 février 2017, NOR : MENH1635376D.

Ministère de l'Éducation Nationale (2018). Arrêté du 29 mars 2018 relatif à l'adaptation et à la dispense de certaines épreuves ou parties d'épreuves à l'examen du diplôme national du brevet et du certificat de formation générale pour les candidats présentant un handicap ou bénéficiant d'un plan d'accompagnement personnalisé, JORF n° 0098 du 27 avril 2018, NOR : MENE1808779A.

Ministère de l'Éducation Nationale (2019a). Article L541-1, Code de l'éducation.

Ministère de l'Éducation Nationale (2019b). Circulaire n° 2019-088 du 5 juin 2019 relative à la rentrée 2019 : Pour une école inclusive, Bulletin officiel de l'Éducation Nationale n° 23 du 6 juin 2019, NOR : MENE1915816C.

Ministère de l'Éducation Nationale (2019c). Arrêté du 22 juillet 2019 relatif à la dispense et à l'aménagement de certaines épreuves ou parties d'épreuves obligatoires de langue

vivante à l'examen du baccalauréat général, technologique pour les candidats présentant tout trouble relevant du handicap tel que défini à l'article L. 114 du code de l'action sociale et des familles et empêchant l'expression ou la compréhension écrite ou orale d'une langue vivante, JORF n° 0198 du 27 août 2019, NOR : MENE1921674A.

Ministère de l'Éducation Nationale (2019d). *Cap école inclusive*, des outils pour accompagner tous les élèves [en ligne], Réseau Canopé, [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.reseau-canope.fr/cap-ecole-inclusive.html>

Ministère de l'Éducation Nationale (2019e). *L'École promotrice de santé : Vade-mecum* [en ligne], Ministère de l'Éducation Nationale, [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.education.gouv.fr/priorite-prevention-l-ecole-promotrice-de-sante-6278>

Ministère de l'Éducation Nationale (2020a). Circulaire du 3 août 2020 relative à l'accompagnement pédagogique à domicile à l'hôpital ou à l'école, Bulletin officiel de l'Éducation Nationale n° 32 du 27 août 2020, NOR : MENE2020703C.

Ministère de l'Éducation Nationale (2020b). Décret n° 2020-1523 du 4 décembre 2020 portant diverses dispositions relatives à l'aménagement des épreuves des examens et concours de l'enseignement scolaire, JORF n° 0295 du 6 décembre 2020, NOR : MENE2029766D.

Ministère de l'Éducation Nationale (2020c), « Les enfants à haut potentiel » [article en ligne], La mallette des parents, [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur : <https://mallettedesparents.education.gouv.fr/parents/ID221/les-enfants-a-haut-potentiel>

Ministère de l'Éducation Nationale (2021a). Circulaire du 10 février 2021 relative au projet d'accueil individualisé pour raison de santé, Bulletin officiel de l'Éducation Nationale n° 9 du 4 mars 2021, NOR : MENE2104832C.

Ministère de l'Éducation Nationale (2021b). *Qualinclus* : Ensemble pour une école inclusive, Paris : Ministère de l'Éducation Nationale, 17 p., Guide d'auto-évaluation.

Ministère de l'Éducation Nationale (2021c). *La scolarisation des élèves intellectuellement précoces* [en ligne], Ministère de l'Éducation Nationale [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.education.gouv.fr/la-scolarisation-des-eleves-intellectuellement-precoces-9878>

Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (2018). Article L612-3, Code de l'éducation.

Ministère des Solidarités et de la Santé (2001). Circulaire DHOS/O 1 n° 2001-209 du 4 mai 2001 relative à l'organisation de la prise en charge hospitalière des troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit, Bulletin Officiel n° 2001-20, NOR : MESH0130173C.

Ministère des Solidarités et de la Santé (2017). *Stratégie nationale de santé 2018-2022*, Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé, 104 p.

Ministère des solidarités et de la santé (2019). Circulaire n° DGCS/SD3B/2019/138 du 14 juin 2019 relative à la création d'équipes mobiles d'appui médico-social pour la scolarisation des enfants en situation de handicap, Bulletin Officiel Santé — Protection sociale — Solidarité n° 2019/7 du 15 août 2019, NOR : SSAA1917583C.

Ministère des solidarités et de la santé (2021). Circulaire n° DGCS/SD3B/2021/109 du 26 mai 2021 relative au cahier des charges des équipes mobiles d'appui médico-

social à la scolarisation des enfants en situation de handicap, NOR : SSAA2116183C.

Parlement Européen (2000). *Conseil européen de Lisbonne 23 et 24 mars 2000 : Conclusions de la Présidence* [en ligne], Parlement Européen, [consulté le 17 mai 2022]. Disponible sur : http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_fr.htm#c

Présidence de la République Française (1989). Loi d'orientation sur l'éducation, Loi n° 89-486 du 10 Juillet 1989, JORF du 14 juillet 1989, NOR : MENX8900049L.

Présidence de la République Française (2002). Loi de modernisation sociale, Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002, JORF du 18 janvier 2002, NOR : MESX0000077L.

Présidence de la République Française (2005a). Loi de programmation pour la cohésion sociale, n° 2005-32 du 18 janvier 2005, JORF n° 15 du 19 janvier 2005, NOR : SOCX0400145L.

Présidence de la République Française (2005b). Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Loi n° 2005-102 du 11 février 2005, JORF n°36 du 12 février 2005, NOR : SANX0300217L.

Présidence de la République Française (2005c). Loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école, Loi n° 2005-380 du 23 avril 2005, JORF n° 96 du 24 avril 2005, NOR : MENX0400282L.

Présidence de la République Française (2007). Loi relative aux libertés et responsabilités des universités, Loi n° 2007-1199 du 10 août 2007, JORF n° 0185 du 11 août 2007, NOR : ESRX0757893L.

Présidence de la République Française (2013a). Loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République, JORF n° 0157 du 9 juillet 2013, Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013, NOR : MENX1241105L.

Présidence de la République Française (2013b). Loi relative à l'enseignement supérieur et à la recherche, Loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013, JORF n° 0169 du 23 juillet 2013, NOR : ESRJ1304228L.

Présidence de la République Française (2013c). Loi de finances pour 2014, Loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013, JORF n° 0303 du 30 décembre 2013, NOR : EFIX1323580L.

Présidence de la République Française (2018). Loi relative à l'orientation et à la réussite des étudiants, Loi n° 2018-166 du 8 mars 2018, JORF n° 0057 du 9 mars 2018, NOR : ESRX1730554L.

Présidence de la République Française (2019). Loi pour une École de la confiance, Loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019, JORF n° 0174 du 28 juillet 2019, NOR : MENX1828765L.

ANNEXES

Annexe 1 – Carnet de recueil décrochage (extrait)

Nota bene : pour rendre lisible notre carnet, nous en avons supprimé certaines colonnes (année, etc.)

Termes	Qui	Définition donnée	CD
Obligation scolaire (« déscolarisation », quand non respectée)	Code de l' éducation – article L131-1	L' instruction est obligatoire pour les enfants des deux sexes, français et étrangers, entre six ans et seize ans. La présente disposition ne fait pas obstacle à l' application des prescriptions particulières imposant une scolarité plus longue.	CD6
« Enfants déscolarisés »	Philippe Meirieu, France Inter (« La revue de Presse »), 09/06/16	« Phénomène marginal semblant très dangereux » - chiffres donnés : 2000 enfants en 2008, 7300 en 2015	CD6
« Décrochage scolaire »	Najat Valaud-Belkacem, Le Monde, 01/12/15	Jeunes sortis du système éducatif (« Environ 110 000 jeunes sont sortis du système éducatif sans diplôme en 2014, contre 136 000 en 2010 » « <i>Le plan de Najat Vallaud-Belkacem lancé en novembre 2014 a permis de rajouter des fonds supplémentaires (50 millions d' euros de plus par an à partir de 2015), à la lutte contre le décrochage. Parmi les nouvelles mesures de ce plan, un numéro vert, des référents “ décrochage ” dans les établissements, un plan de formation pour les enseignants ou encore de nouveaux micro-lycées, structures spécifiques d' accueil des décrocheurs.</i> »)	CD1

<p>« Elèves en voie de décrochage »</p>	<p>Fiche action de la Z.A.P. XXX - Semaine de la persévérance scolaire (février 2016)</p>		<p>« Elèves décrocheurs ou susceptibles de le devenir »</p>	<p>Site Internet de l' ONISEP - au sujet des dispositifs relais</p>	<p>Réunion de la Zone d' Animation Pédagogique XXX, le 30/03/2016</p>	<p>Mission de Lutte contre le Décrochage Scolaire (MLDS)</p>
<p>« Elèves en voie de décrochage et/ou pour lesquels des formes de découragement apparaissent »</p>	<p>Fiche action du collège XXX - Semaine de la persévérance scolaire (février 2016)</p>	<p>« Un " décrocheur " est un jeune qui quitte l' école sans avoir obtenu de diplôme de niveau V (BEP ou CAP) ou de niveau supérieur (baccalauréat). Lorsqu' un élève décroche, les causes peuvent être multiples et s' accumuler : difficultés dans les apprentissages, problèmes familiaux, harcèlement, problèmes de comportement... »</p>	<p>« Jeunes absents, se trouvant en situations souvent très complexes », lesquelles sont étudiées par les professionnels des établissements en Groupe de Prévention du Décrochage Scolaire (GPDS)</p>	<p>La mission principale de la MLDS : « Prévenir les sorties prématurées et prendre en charge les décrocheurs ». « En 2014-2015, la MLDS a accompagné 2 715 élèves : 1 917 élèves en prévention des ruptures scolaires (PRS) et 798 élèves sur des actions de remobilisation et remise à niveau. »</p>	<p>CDI CD3 CD5</p>	<p>CDI</p>
	<p>CD2</p>	<p>CD3 CD5</p>	<p>CD3 CD5</p>	<p>CD1 CD3 CD5</p>	<p>CD1</p>	

« Décrochage scolaire précoce »	« Fléau »/« décrochage scolaire »	Sortie précoce
<p>Etude du Parlement Européen (« Culture et Éducation ») 2011 : « Réduire le décrochage scolaire précoce dans l' Union Européenne »</p>	<p>Valérie Péresse, Le Monde, 25/04/16</p>	<p>France culture (« Les nouvelles vagues : <i>billets d' absence à l' école</i> », Marie Richeux invitant le sociologue Sylvain Broccolichi) le 21/11/16</p>
<p>« un jeune Européen sur sept arrête l' école sans avoir les compétences ou les qualifications jugées aujourd' hui nécessaires pour réussir une transition vers le marché du travail et pour prendre une part active à l' économie actuelle, fondée sur la connaissance. » « Le décrochage scolaire précoce s' explique généralement par un processus cumulatif de désengagement dû à des motifs personnels, sociaux, économiques, géographiques, éducatifs ou familiaux »</p>	<p>« Il y a un fléau en Ile-de-France, c' est le décrochage scolaire. À la racine de ce fléau, mettons des mots : des addictions, la drogue, l' alcool et les jeux vidéo, qui sont une autre forme d' addiction. »</p>	<p>Sylvain Broccolichi définit le décrochage : « Sortie précoce du collège sans qualification ».</p>
<p>CD6 CD5</p>	<p>CD6 CD4</p>	<p>CD6</p>

<p>« Absentéisme »/« décrochage scolaire »/« phobie scolaire »/« troubles anxieux »</p>	<p>« Décrochage scolaire »/« absentéisme scolaire précoce »</p>
<p>Bruno Jarry (philosophe et psychothérapeute), édito L' école des parents, trimestriel n°621 (oct-déc. 2016)</p>	<p>Rapport de la Mission permanente d' évaluation de la politique de prévention de la délinquance (Ministère de l' intérieur), « la lutte contre l' absentéisme et le décrochage scolaires », Octobre 2011</p>
<p>« Mal-être des adolescents et divorce entre les parents et l' école. » Jeunes qui « désinvestissent », « désertent » l' école. « Démotivation ».</p>	<p>« [...] sont comptabilisés comme absentéistes les élèves ayant eu dans le mois au moins quatre demi-journées d' absence non justifiées. » « L' absentéisme est la manifestation visible d' un décrochage scolaire qui peut se produire jusqu' alors de façon passive. » « Une fraction non négligeable des jeunes s' ennuie à l' école [...] beaucoup d' élèves, notamment dans les zones difficiles, ont de fait accumulé de tels retards scolaires qu' ils ne sont plus en état de suivre réellement les cours, d' où des comportements d' évitement (chahut ou apathie). Ce qui, de fait, débouche sur l' absentéisme, qu' il soit volontaire ou qu' il soit induit peu à peu par des exclusions à répétition. » « Tous les « absentéistes scolaires » ne deviennent pas des décrocheurs » et tous les « décrocheurs » ne deviennent pas des délinquants. Mais [...] tous les acteurs de l' école savent, de par leur expérience, qu' il est rare que de jeunes délinquants ne se soient pas déjà signalés à l' école [...] (+ évocation environnement socio-familial et dispositifs mis en place pour ces jeunes)</p>
<p>CD5 CD3</p>	<p>CD2 CD3 CD6</p>

<p>Adolescents en refus scolaire grave/déscolarisés et sans soins</p>	<p>« Jeunes en rupture avec l' école »</p>
<p>Groupe de travail XXXX conviant la DSDEN, le CIO, divers établissements scolaires, les services de pédopsychiatrie, etc.</p>	<p>Vincent Peillon (ministre de l' Éducation) sur l' inversion de la courbe du décrochage scolaire, propos rapportés par Médiapart, article du 8 janvier 2014 par Lucie Delaporte</p>
<p>Un même groupe de travail dont les participants cherchent à définir le nom/de dont le groupe de travail traite au plus juste : en 2014 - 2015 « Adolescents en refus scolaire grave et sans soins » ; en mai 2016, « Adolescents déscolarisés et sans soins » ; en septembre 2016, « Adolescents en rupture de parcours scolaire, plus ou moins désinsérés socialement, plus ou moins en rupture dans un parcours de soin ».</p>	<p>« 23 000 jeunes qui avaient au cours de l' année 2013 quitté prématurément le navire ont ainsi été « raccrochés ». » « des structures pour proposer à ces jeunes, âgés de 16 à 25 ans, des solutions pour retrouver le chemin de la formation sous une forme ou sous une autre. » « tenir l' objectif de diviser par deux le nombre de jeunes en rupture avec l' école, ce traitement a posteriori du décrochage ne pourra pas suffire. » « S' attaquer véritablement au phénomène du décrochage implique de réduire le nombre colossal et toujours stable de jeunes qui estiment chaque année qu' ils n' ont pas leur place à l' école. » « s' attaquer à l' orientation subie, la notation-sanction, le redoublement massif, les exclusions... Tout ce qui fait que l' école est devenue cette implacable machine à trier et à exclure. » (LD)</p>
<p>CD3 CD4 CD5</p>	<p>CD1 CD6</p>

Annexe 2 – Entretiens décrochage

Annexe 2.1. – Guide d’entretien exploratoire

Phrase type de début d’entretien : « je mène ma recherche sur le décrochage des étudiants en soins infirmiers, est-ce que c’est quelque chose qui vous parle/que vous avez déjà croisé dans votre pratique ? »

Suivant la réponse de l’enquêté, je l’amène à préciser ce qu’il entend par « décrochage », quels types de situations met-ils dessous. Comment il le repère, comment il fait avec.

Est-ce qu’il a repéré des caractères qui reviennent, des moments plus à risque, ou tout autre chose autour de ce phénomène ?

Pour sortir d’un discours généraliste, je demande à chaque fois des exemples de situations rencontrées.

Annexe 2.2. – Dictionnaire des variables

Enquêtés par entretien

AD : directrice de l’IFSI A

BD : directeur adjoint des IFSI B1 et B2

Formateurs de l’IFSI A

AF1 : formateur

AF2 : formatrice

AF3 : formatrice

Formateurs des IFSI B1 et B2

BF1 : formatrice IFSI B1

BF2 : formatrice IFSI B1

BF3 : formatrice IFSI B2

BF4 : formatrice IFSI B2

BF5 : formateur IFSI B2

BF6 : formatrice IFSI B2

Éléments donnés de définition du décrochage

« **Famille** » ; problèmes ou contraintes familiales (éloignement géographique, pression parentale...)

« **Formation continue/reconversion** » ; étudiants en formation continue ou en reconversion

« **Féminin** » ; désigne le fait que les garçons se sentent mal à l'aise avec la part de « maternance » de la profession infirmière, et puissent décrocher à cause de cela.

« **Finances** » ; difficultés financières et matérielles.

« **Implication** » ; niveau d'implication dans la formation, par excès ou par défaut (démotivation, ennui, découragement, passivité).

« **Maladie** » ; maladies somatiques graves.

« **Maturité** » ; question de maturité, et de temporalité.

« **Orientation** » ; (ré)orientation, notion de projet.

« **Psychologique** » ; difficultés psychologiques, mal-être... Mais aussi stress, confiance/estime de soi, immaturité, submersion, methodo, pression, difficultés de concentration et d'attention...

« **Responsabilités** » ; responsabilités et exigences du métier infirmier.

« **Réalité/stage** » ; contact avec la réalité du terrain, difficultés sur les terrains de stage, écart réalité-représentation

« **Système** » ; système de formation, qui permet les interruptions, compense les notes, etc.

« **Théorie** » ; difficultés théoriques et d'analyse, rattrapages multiples, échec.

« **TSLA** » : troubles spécifiques des apprentissages.

Annexe 3 – Questionnaire décrochage

Annexe 3.1. – Questionnaire

Questionnaire sur le décrochage

Février 2018

Bonjour, je m'appelle Cécile Charazas, je suis étudiante en Master 2 en Sciences de l'Éducation à l'université de Bordeaux et infirmière de formation. Dans le cadre de ma recherche, je m'intéresse à la question du décrochage des étudiants dans l'enseignement supérieur. Votre aide me serait très précieuse dans l'étape actuelle de cette recherche, et je vous sollicite pour ce questionnaire, qui ne vous prendra que 10 mn. Le but de ce questionnaire est de recueillir votre perception du décrochage des étudiants. Il est anonyme et comporte des questions ouvertes auxquelles il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponse, mais simplement votre réponse, ou ce qui se rapproche le plus de votre façon de voir les choses.

Pour toute demande de renseignements complémentaires, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante : cecile.charazas@etu.u-bordeaux.fr
Je vous remercie vivement de votre participation !

Section 1 – caractéristiques individuelles

Êtes-vous... :

1. Un homme
2. Une femme

Votre lieu d'exercice (type de structure) :

1. IFSI
2. IUT
3. Université (cursus licence)

Quelle est votre fonction ?

1. Directeur d'IFSI
2. Directeur d'IUT
3. Formateur en IFSI
4. Maître de conférences
5. PRAG / PRCE
6. Professeur des universités
7. Autre :

Quelle est votre discipline de référence, dans le cadre de laquelle vous exercez/enseigniez (sciences humaines et sociales, soins infirmiers, sciences et techniques, etc.) ?

.....

Quelle est votre ancienneté générale (depuis votre dernier diplôme obtenu, en années) ?

.....

Quelle est votre ancienneté au poste actuel (en années) ?

.....

Avez-vous la responsabilité : (plusieurs choix possibles)

1. D'une ou plusieurs unité(s) d'enseignement
2. D'une année de formation
3. D'une formation
4. Aucune responsabilité pédagogique
5. Autre :

Section 2 – votre perception du décrochage

Je vais maintenant vous poser quelques questions autour du décrochage. Si vous intervenez dans plusieurs cursus, merci de choisir celui dans lequel le décrochage se manifeste le plus et de répondre aux questions suivantes en référence à ce seul cursus.

Diplômes généraux/professionnels que vise la formation dans laquelle vous intervenez : (plusieurs choix possibles)

1. BTS
2. Licence
3. Master
4. Doctorat
5. DUT
6. DE
7. Autre :

Le cursus dans lequel vous intervenez est-il plutôt fortement professionnalisant ou faiblement professionnalisant ?

1. Fortement professionnalisant
2. Faiblement professionnalisant

Dans les activités pédagogiques que vous menez au quotidien, êtes-vous confronté au décrochage des étudiants ?

1. Oui
2. Non

Avez-vous un intérêt particulier pour la lecture d'ouvrages ou d'articles, voire la participation à des congrès au sujet du décrochage ?

1. Oui
2. Non

Avez-vous été impliqué, dans votre établissement, dans une action ayant pour visée la lutte contre le décrochage ?

1. Oui

2. Non

Adhérez-vous à un syndicat ou à une association professionnelle ? (*Non obligatoire*)

1. Oui
2. Non

Pouvez-vous caractériser, en trois mots-clefs, ce qu'est le décrochage pour vous ? (Séparez les mots-clefs par une virgule)

.....

Pouvez-vous caractériser, en trois mots-clefs, quelles sont les principales raisons, selon vous, du décrochage ? (Séparez les mots-clefs par une virgule)

.....

Pouvez-vous caractériser, en trois mots-clefs, les principaux leviers pour éviter ou limiter le décrochage d'un étudiant ? (Séparez les mots-clefs par une virgule)

.....

Selon vous, le décrochage est plutôt...

1. Un problème important (il faudrait faire plus qu'on n'en fait aujourd'hui contre ce fléau)
2. Un phénomène inquiétant (il peut s'amplifier, par exemple)
3. Un phénomène passager
4. Un problème peu important (on en parle plus que cela ne le mérite)

Selon vous, de manière générale, est-il important de lutter contre le décrochage ?

1. Pas du tout important
2. Peu important
3. Important
4. Très important

Pensez-vous que le décrochage peut être, pour l'étudiant :

1. Quelque chose de plutôt positif dans son parcours
2. Quelque chose de plutôt négatif dans son parcours
3. Ni l'un ni l'autre

Avez-vous des remarques supplémentaires par rapport au décrochage ?

.....

Annexe 3.2. – Tableaux

Tableau I – répartition des individus selon leur statut

Statut	Effectifs	%
Directeur	6	7,69
Formateur IFSI	20	25,64
PRAG/PRCE	20	25,64
MCU	26	33,33
PU	6	7,69
Total	78	100

Sur 78 individus, 6 occupent un poste de direction, 20 sont formateurs en IFSI, et 26 sont Maitres de conférences à l'université.

Tableau II – répartition des individus selon la responsabilité pédagogique qu'ils exercent (la plus haute)

	Effectifs	%
UE	37	47,44
Année	14	17,95
Formation	13	16,67
Aucune	4	5,13
Autre	10	12,82
Total	78	100

47,44 % des individus de notre échantillon, soit 37 enquêtés, ont la responsabilité d'une ou plusieurs unités d'enseignement.

Tableau III – répartition des individus selon leur ancienneté

	Ancienneté générale		Ancienneté au poste	
0-5 ans	7	8,97 %	22	28,21 %
5-10 ans	17	21,79 %	23	29,48 %
10-20 ans	31	39,74 %	22	28,21 %
20-30 ans	15	19,23 %	11	14,10 %
>30 ans	8	10,26 %	0	0 %
Total	78	100 %	78	100 %

39,74 % des individus de notre échantillon, soit 31 enquêtés, ont obtenu leur dernier diplôme il y a entre dix et vingt ans.

Tableau IV – répartition des individus percevant le décrochage comme plutôt positif, négatif, ou bien neutre, dans le parcours de l'étudiant

	Effectifs	%
Positif	13	16,67
Négatif	39	50,00
Ni l'un ni l'autre	26	33,33
Total	78	100

Sur 78 enquêtés, 26 perçoivent le décrochage sur un versant plutôt neutre, c'est-à-dire ni particulièrement négatif, ni particulièrement positif, soit 33,33 % de notre échantillon.

Tableau V – Maximum de la répartition des termes dans les catégories

	1 mot/cat.		2 mots/cat.		3 mots/cat.		Total
DEF	47	60,26 %	23	29,49 %	8	10,26 %	78
RAIS	55	70,51 %	21	26,92 %	2	2,56 %	78
LEV	47	60,26 %	26	33,33 %	4	5,13 %	77

Pour 8 individus, leurs trois mots définissant le décrochage se rassemblent sous une seule catégorie. Pour 55 individus et concernant les raisons du décrochage, il y a un maximum d'un mot par catégorie.

Nota bene : la catégorie des leviers « perd » un individu, qui ne nous a livré qu'un seul mot-clef, malheureusement inclassable.

Annexe 4 – Entretiens diagnostics scolaires

Annexe 4.1. – Dictionnaire des variables

Statut des enquêtés

1. **Enseignants** : enseignants, y compris spécialisés (en hôpital de jour, RASED, ULIS) et avec des missions de coordination (handicap, REP, etc.) ;
2. **Psy EN** : psychologues scolaires ;
3. **Méd. EN** : médecins scolaires ;
4. **Direction** : inspecteurs de l'éducation nationale (IEN) et directeurs d'établissement scolaire ;
5. **AESH** : accompagnantes d'enfants en situation de handicap (AESH) et responsable périscolaire ;
6. **STAT HDJ** : personnel d'un hôpital de jour (psychiatre, psychomotricienne, infirmiers et éducateurs spécialisés), hors enseignants (car ces enseignants ont exercé/exercent dans d'autres établissements scolaires « ordinaires »).

Zone

1. **Favorisée** : établissements en zone plutôt favorisée à très favorisée
2. **REP/défavorisée** : établissements situés en réseau d'éducation prioritaire (REP) ou en zone défavorisée
3. **HDJ** : hôpital de jour (établissement accueillant tous types de population sur des critères médicaux)

Sexe

1. **H** : hommes
2. **F** : femmes

« **3MED** »

Emploi d'un discours médico-psychologique pour désigner et décrire les diagnostics scolaires.

- **3MED - 1** : l'enquêté a mentionné au moins trois termes distincts appartenant aux champs lexicaux psychologique et/ou médical durant l'entretien ; dans leur description ou leurs exemples de diagnostics scolaires.
À l'exclusion :
 - Des termes que nous avons nous-mêmes prononcés durant l'entretien afin d'éviter l'écueil du mimétisme ou de la « bonne réponse » (« *troubles* », « *dys-* », « *TDAH* », « *troubles de l'attention* », « *hyperactivité* », « *haut potentiel* », « *précoce* », « *phobie/refus/retrait scolaire* », « *diagnostic* ») ;
 - Des termes purement somatiques (« *rhume* », « *fracture de la cheville* », « *maladie dégénérative* », etc.)
 - Des termes connotés, mais employés couramment dans le champ scolaire (« *cognitif* », « *troubles du comportement* », « *angoissé* », « *SESSAD* », « *SAPAD* », etc.) ;
 - Des synonymes dans le même entretien : lorsqu'un acteur mentionne une « *prise en charge psychologique* » puis plus loin un « *suivi pédopsy* », on ne retient qu'un des deux ;
 - Des termes médicaux employés pour en formuler une critique ;
 - Des termes suivants : « *handicap* », « *hôpital* » et « *hospitalisation* » (car ils peuvent recouvrir des réalités plurielles et circulent aisément dans le langage courant) et « *prise en charge* » (sans spécification).
- **3MED – 0** : l'enquêté a mentionné moins de trois termes distincts appartenant aux champs lexicaux psychologique et/ou médical durant l'entretien.

« **REMED NC** »

Remédiations issues des neurosciences cognitives (NC) mises en place en regard d'un diagnostic scolaire.

- **REMED NC - 1** : l'enquêté parle de remédiations mises en place en regard des diagnostics scolaires perçus comme des troubles neurodéveloppementaux (TDAH, troubles dys) ou ayant une composante neurocognitive (HPI). L'enquêté suit les recommandations des professionnels de santé et/ou différencie les remédiations mises en place pour des enfants porteurs de ces diagnostics et des enfants en difficulté scolaire. Par exemple : la mise en place d'un Plan d'Accompagnement (PAP), du matériel adapté au sein de la classe (élastique tendu entre les pieds de la table, documents didactisés, etc.), des rééducations et suivis orthophoniques, psychomoteurs, neuropsychologiques, etc.
- **REMED NC - 0** : l'enquêté évoque des remédiations de nature pédagogique, sans recours aux recommandations des professionnels de santé ou à un PAP ; ou parle de ces remédiations à la marge, et/ou questionne ce type de remédiations.

« **REPER** »

Repérage des diagnostics scolaires au sein de l'école.

- **REPER - 1** : l'enquêté repère les diagnostics scolaires au sein de la classe ou affirme qu'il est possible et/ou souhaitable de procéder ainsi (alerter les familles, orienter vers des professionnels médicaux ou paramédicaux, etc.)
- **REPER - 0** : l'enquêté ne repère pas et ne parle pas de repérer au sein de l'école (sauf lorsqu'ils exposent une situation ou cela a déjà été fait, par exemple)

Annexe 4.2. – Présentation des enquêtés

Mme A. : médecin psychiatre et psychanalyste, elle exerce en hôpital de jour depuis 22 ans.

Mme B. : principale d'un collège en secteur rural et REP, avec 800 élèves et 55 professeurs. C'est sa deuxième année à ce poste, elle était auparavant principale d'un autre collège, au terme d'une carrière d'une vingtaine d'années comme professeur en collège et lycée – de tout secteur (rural, semi-rural, urbain, REP, milieu favorisé à très favorisé).

Mme C. : professeure des écoles depuis 20 ans, elle est également coordinatrice d'un réseau d'éducation prioritaire (REP) en secteur rural. Elle a débuté son exercice professionnel en zone d'éducation prioritaire (ZEP).

Mme D. : enseignante spécialisée à dominante pédagogique en réseau d'aide spécialisé aux élèves en difficulté (RASED) depuis 25 ans, en commune périurbaine défavorisée depuis 16 ans. Elle a débuté comme professeure des écoles (37 ans d'ancienneté), en secteur rural très défavorisé.

Mme Da. : enseignante de sciences et vie de la terre depuis 17 ans, dans un collège situé en zone périurbaine plutôt favorisée. Elle a d'abord exercé en zone rurale et REP pendant cinq ans. Elle est également formatrice d'enseignants dans le domaine des neurosciences.

Mme E. : psychologue de l'Éducation nationale depuis huit ans en secteur urbain et REP+. Elle intervient sur trois établissements (soit 1680 élèves). Elle a exercé comme auxiliaire de vie scolaire, avec un diplôme d'État de médiation familiale, et un Master 1 de psychologie.

Mme F. : professeure puis directrice d'école tout juste retraitée, elle a exercé pendant 41 ans en école primaire, dont 17 ans en ZEP, et en tant que directrice pendant 21 ans. Elle est à la retraite depuis quelques mois.

Mme Fa. : enseignante d'italien en collège depuis 21 ans, elle exerce dans plusieurs établissements, favorisés et REP. Elle a 49 ans, est agrégée d'italien et a exercé comme assistante pédagogique en Italie pendant cinq ans.

Mme G. : enseignante d'histoire-géographie en collège rural et REP. Elle est l'enseignante référente « décrochage scolaire » au sein de ce collège. Elle est agrégée d'histoire-géographie.

Mme Ga. : professeure des écoles depuis deux ans en secteur périurbain et REP. Elle a cependant peu exercé (du fait de sa grossesse). Détentrice d'un master en écologie, elle a fait seulement le master 2 MEEF. Auparavant, elle a été agent territorial spécialisé des écoles maternelles (ATSEM) à l'étranger.

Mme H. : enseignante spécialisée de psychique-chimie, elle exerce en hôpital de jour depuis 14 ans. Elle a exercé comme enseignante de mathématiques et physique-chimie dans un lycée et au sein de formations professionnelles.

Mme I. : inspectrice de l'Éducation nationale chargée de l'adaptation et de la scolarisation des élèves handicapés depuis huit ans. Inspectrice depuis 18 ans, auparavant elle a exercé comme enseignante d'histoire-géographie.

Mme J. : professeure des écoles depuis 19 ans. Elle a d'abord exercé en secteur rural, puis périurbain favorisé. Elle détient une licence de sciences physiques.

Mme Ja. : enseignante spécialisée à dominante pédagogique dans un RASED depuis un an en secteur rural et REP. Détentrice d'une licence en sciences de l'éducation, elle a 25 ans d'ancienneté dans l'Éducation nationale, dont huit sur un poste dédié à l'illettrisme en secteur rural défavorisé.

Mme K. : médecin scolaire depuis 30 ans en secteur rural défavorisé. Auparavant, elle exerçait en médecine générale sur le même secteur.

Mme L. : professeure des écoles depuis 13 ans, elle exerce dans une école en secteur périurbain favorisé depuis onze ans. Elle a une formation hypokhâgne. Elle se présente d'emblée comme « maman de deux enfants dys et TDAH », et investie dans une association de familles d'enfants porteurs de troubles dys.

Mme La. : enseignante en unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS) depuis quatre ans dans une école de secteur rural et REP. Elle est professeure des écoles depuis 21 ans, et a été également coordinatrice d'une ZEP.

Mme M. : psychologue de l'Éducation nationale dans un collège en secteur rural et REP depuis onze ans. Elle a 24 ans d'ancienneté dans l'Éducation nationale, et elle a travaillé en secteur rural défavorisé pendant 17 ans cumulés.

Mme Ma. : enseignante de français en collège urbain favorisé depuis dix ans (dont trois ans détachée dans deux collèges : REP et expérimental, à la population mixte socialement). Elle a également exercé en lycée pendant 13 ans.

Mme N. : psychomotricienne depuis deux ans en hôpital de jour : c'est son premier poste.

Mme Na. : accompagnante d'élèves en situation de handicap depuis cinq ans en secteur rural et REP. Mme Na. a une cinquantaine d'années. Elle a une formation de secrétaire et a exercé plusieurs années dans ce type de poste.

Mme O. : médecin scolaire depuis 20 ans, elle a toujours exercé dans la même région, sur plusieurs secteurs. Elle couvre actuellement un secteur rural plutôt défavorisé.

Mme P. : médecin scolaire depuis 12 ans en secteur rural défavorisé. Elle a auparavant exercé comme médecin généraliste pendant dix ans. Elle a une cinquantaine d'années.

Mme Pa. : accompagnante d'élèves en situation de handicap dans sa première année, en secteur rural et REP. Mme Pa. a 27 ans, et travaille dans l'animation depuis dix ans. Elle est en train de suivre la formation de 60 heures (nécessaire pour exercer en tant qu'AESH).

Mme R. : infirmière depuis sept ans, elle exerce dans cet hôpital de jour depuis trois ans à quart-temps, ainsi qu'en unité d'hospitalisation pour adolescents à mi-temps.

Mme Ra. : accompagnante d'élèves en situation de handicap depuis un mois et demi, en secteur rural et REP. Elle travaille dans le secteur de l'aide à la personne depuis 21 ans, et a été assistante pédagogique en collège avec des élèves primo-arrivants, puis AESH pendant 3 ans avant de faire quatre ans de formation de yoga en lien avec l'éducation.

Mme S. : médecin scolaire depuis 24 ans, ayant exercé durant trois périodes distinctes : de 1995 à 1998, puis de 2000 à 2005, et enfin de 2015 à 2019, toujours en secteur rural plutôt défavorisé. Elle a exercé comme médecin humanitaire sur le continent africain entre ces trois périodes.

Mme Sa. : stagiaire psychologue de l'Éducation nationale en fin de parcours (auprès de Mme U.), dans une école primaire en secteur périurbain défavorisé.

Mme T. : enseignante d'anglais depuis trois ans dans un collège en secteur rural et REP. Elle a été professeure des écoles pendant 16 ans, et elle a débuté comme éducatrice dans un internat.

Mme Ta. : professeure des écoles depuis 20 ans, dans une école en secteur périurbain favorisé.

Mme U. : psychologue de l'Éducation nationale dans une école primaire en secteur périurbain défavorisé, à la veille de la retraite.

Mme V. : psychologue de l'Éducation nationale depuis deux ans en secteur urbain et REP+. Elle a exercé en tant que professeure des écoles pendant sept ans en secteur périurbain et REP, puis directrice d'une école de secteur rural pendant trois ans. Elle a débuté comme chargée d'études dans le secteur du marketing pendant cinq ans avant de se reconvertir.

Mme Va. : enseignante référente handicap depuis six ans, elle est mobilisée sur plusieurs établissements, de la maternelle au lycée, en secteur défavorisé dont des établissements en

REP. Elle a exercé comme professeure des écoles durant huit ans, puis comme enseignante spécialisée à dominante pédagogique en RASED.

Mme W. : enseignante spécialisée de français depuis 19 ans, elle exerce en hôpital de jour depuis quatre ans à trois-quarts temps, et enseigne également en lycée professionnel. Elle est éducatrice spécialisée (en ayant fait une VAE) à quart-temps dans une autre structure de soins. Elle a travaillé dix ans en institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP), et à l'hôpital de jour.

Mme X. : enseignante de mathématiques dans un collège privé depuis six ans. Elle détient un doctorat en mathématiques.

Mme Y. : professeure des écoles depuis 13 ans en secteur rural et REP. Elle a débuté dans une classe pour l'intégration scolaire (CLIS). Elle détient une licence de géographie.

Mme Z. : infirmière depuis 14 ans, elle exerce en hôpital de jour depuis 12 ans. Elle a exercé en service de psychiatrie adulte ainsi qu'au bloc opératoire.

Mme Za. : enseignante d'anglais depuis 17 ans. Elle exerce actuellement et depuis quatre ans dans un collège en secteur urbain favorisé. Elle a enseigné en secteur semi-rural et REP+ pendant 13 ans.

M. A. : éducateur spécialisé, il exerce en hôpital de jour depuis 17 ans.

M. E. : psychologue de l'Éducation nationale depuis 25 ans, il exerce dans plusieurs écoles primaires en secteur urbain et mixte, dont une école très favorisée. Il a effectué une recherche universitaire sur le TDAH.

M. I. : responsable d'une équipe d'accueil périscolaire depuis trois ans dans une école périurbaine favorisée. Avant, il exerçait en école maternelle. Il est âgé d'une trentaine d'années.

M. J. : inspecteur de l'Éducation nationale, chargé de la mission en faveur des élèves à haut potentiel depuis trois ans. Il est enseignant depuis 25 ans, a exercé dans une école primaire en ZEP, puis pendant quatre ans à l'étranger. Il a été conseiller pédagogique pendant douze ans.

M. O. : directeur d'école élémentaire depuis 27 ans. Il a toujours exercé en secteur rural, et est dans la même école de secteur REP depuis 15 ans. La moitié de son temps est dédié à l'enseignement dans une classe de CE1-CE2.

M. P. : éducateur spécialisé, il exerce en hôpital de jour depuis 15 ans. Il a d'abord été embauché en tant qu'animateur, puis il a passé une VAE pour être éducateur spécialisé il y a huit ans.

M. R. : directeur d'une école en secteur périurbain favorisé depuis neuf ans, avec également une charge d'enseignement. M. R. a une soixantaine d'années. Il exerce depuis 42 ans en tout, auparavant comme enseignant, mais il a également travaillé dans d'autres secteurs (développement rural).

M. U. : infirmier depuis 20 ans, il exerce en hôpital de jour depuis onze ans. Auparavant, il a travaillé en clinique, en réanimation et avec les grands brûlés.

Annexe 4.3. – Tableau des khi-deux

Tableau VI – Khi-deux d'indépendance entre les variables 3MED et REPER

	REPER 0	REPER 1	Total
3MED 0 ni	12	3	15
3MED 0 n'i	7,17	7,83	15
Contrib.	+0,437	-0,401	
3MED 1 ni	10	21	31
3MED 1 n'i	14,83	16,17	31
Contrib.	-0,211	+0,194	
Total	22	24	46

$$\chi^2 = 7,42 ; s. ; p = 0,006$$

Tableau VII – Khi-deux d'indépendance entre les variables 3MED et REMED

	REMED 0	REMED 1	Total
3MED 0 ni	13	2	15
3MED 0 n'i	7,83	7,17	15
Contrib.	+0,394	-0,430	
3MED 1 ni	11	20	31
3MED 1 n'i	16,17	14,83	31
Contrib.	-0,191	+0,208	
Total	24	22	46

$$\chi^2 = 8,66 ; s. ; p = 0,003$$

Annexe 4.4. – Rôle de l'école selon les 46 enquêtés : repérage et remédiation, formation, liens entre école et professionnels de santé

Pseudo	Statut	Secteur	Reper remed	Formation	Lien pros santé	Cumul
Mme Fa.	Enseignante	favorisé	1	1	0	110
Mme J.	PE	favorisé	1	0	0	100
Mme X.	Enseignante	favorisé	1	0	0	100
M. J.	IEN	favorisé	1	1	1	111
Mme Za.	Enseignante	favorisé	1	1	0	110
M. R.	Directeur	favorisé	0	0	1	001
Mme Ta.	PE	favorisé	1	1	0	110
Mme L.	PE	favorisé	1	1	1	111
<i>M. E.</i>	<i>PsyEN</i>	<i>favorisé</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>000</i>
Mme Da.	Enseignante	favorisé	1	0	0	100
Mme Ma.	Enseignante	favorisé	1	1	0	110
M. I.	Resp. périsco	favorisé	1	0	0	100
Mme H.	Enseign. spé	HDJ	0	0	1	001
Mme N.	Psychomot	HDJ	1	0	0	100
Mme A.	Psychiatre	HDJ	1	0	1	101
M. A.	Educ. spé	HDJ	0	1	1	011
Mme W.	Enseign. spé	HDJ	1	0	0	100
Mme R.	IDE	HDJ	1	0	1	101
M. P.	Educ. spé	HDJ	1	0	0	100
M. U.	IDE	HDJ	1	0	0	100
Mme Z.	IDE	HDJ	1	1	0	110
Mme B.	Principale	REP/défav	1	1	0	110
Mme K.	Medesco	REP/défav	1	1	1	111
Mme S.	Medesco	REP/défav	1	0	0	100
<i>Mme P.</i>	<i>Medesco</i>	<i>REP/défav</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>000</i>
Mme T.	Enseignante	REP/défav	1	1	1	111
Mme I.	IEN	REP/défav	1	1	0	110
Mme E.	PsyEN	REP/défav	1	1	1	111
Mme V.	PsyEN	REP/défav	1	1	1	111
Mme Sa.	PsyEN	REP/défav	0	1	0	010
<i>Mme U.</i>	<i>PsyEN</i>	<i>REP/défav</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>000</i>
Mme F.	PE	REP/défav	0	1	1	011
<i>Mme Y.</i>	<i>PE</i>	<i>REP/défav</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>000</i>
M. O.	Directeur	REP/défav	0	0	1	001
Mme O.	Medesco	REP/défav	1	1	0	110
<i>Mme M.</i>	<i>PsyEN</i>	<i>REP/défav</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>000</i>
Mme C.	PE	REP/défav	0	0	1	001
Mme La.	PE ULIS	REP/défav	0	1	1	011
<i>Mme D.</i>	<i>PE RASED</i>	<i>REP/défav</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>000</i>
Mme Va.	Ref. handi	REP/défav	1	1	0	110
Mme G.	Enseignante	REP/défav	1	0	0	100
Mme Pa.	AESH	REP/défav	0	1	0	010
Mme Na.	AESH	REP/défav	0	1	0	010
Mme Ra.	AESH	REP/défav	1	1	1	111
Mme Ja.	PE RASED	REP/défav	0	0	1	001
Mme Ga.	PE	REP/défav	1	1	1	111

Annexe 5 – Carnet d’observation ethnographique

Annexe 5.1. – Dictionnaire des variables

Statut de l’auteur

Soit le statut de l’auteur de chaque énoncé, le positionnant dans son champ d’exercice :

- Politiques : institutions ou personnes détenant autorité et pouvoir (personnalités politiques, ministère, haute autorité de santé, etc.) ;
- Universitaires : sauf les auteurs issus de disciplines ayant une dimension clinique, comme la psychologie : ces derniers sont inclus dans la catégorie suivante ;
- Professionnels de santé : les personnels de santé (même s’ils sont universitaires par ailleurs, comme certains médecins et psychologues) et institutions de santé (tels que le DSM ou la CIM, les centres de bilans) ;
- Médias : journalistes, articles de presse sans auteur précisé ;
- Professionnels de l’éducation : enseignants, AESH, CPE, établissements spécialisés ;
- Personnes concernées par les troubles : parents ou association de parents d’enfants porteurs de diagnostics scolaires.

Diagnostiques scolaires

Soit les quatre catégories de diagnostics scolaires étudiées :

- TSLA ou « troubles dys » : troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, dysgraphie), trouble développemental de la coordination ;
- TDAH : trouble déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité ;
- HPI : haut potentiel intellectuel (aussi nommé surdouance, précocité intellectuelle, « zèbres », philocognition, potentiel de haut niveau, etc.) ;
- RSA : refus scolaire anxieux, troubles anxieux scolaires et phobie scolaire.

Dimension psychologique (PSY)

Soit si l'énoncé mentionne ou non des difficultés psychologiques :

- PSY 0 : pas de difficulté psychologique évoquée, ou bien une simple préconisation de bilan psychologique ou de psychothérapie (sans détail) ;
- PSY 1 : difficultés psychologiques associées au(x) diagnostic(s) scolaire(s), comme étiologies ou conséquences. Exemples : affects dépressifs, difficultés relationnelles engendrant de l'anxiété, angoisse de séparation, etc. qui sont souvent mentionnées comme étiologies ou conséquences du trouble. Ces difficultés psychologiques sont souvent prises dans une interaction du sujet avec son environnement.

Entrée (ENTREE)

Soit la manière dont chaque énoncé aborde le(s) diagnostic(s) scolaire(s)

- ENTREE 0 : entrée par les individus (élèves, familles, professionnels, etc.). Exemples : description des manifestations, des comportements, explication des troubles, témoignages de personnes concernées, etc.
- ENTREE 1 : entrée par les institutions, les systèmes éducatif ou de santé. Exemples : recommandations, présentation de dispositifs, propositions d'aménagement, organisation du dépistage et des prises en charges, etc.

Attribution causale (ENDEX)

Soit le type de cause attribué au(x) diagnostic(s) scolaire(s)

- Aucune (ENDEX 0) : aucune cause évoquée
- Relationnelle (ENDEX 1) : causes endogènes, mais ancrées dans la relation à l'autre. Exemples : anxiété, ou angoisse de séparation, difficulté avec les camarades ou les enseignants, etc.)
- Somatique (ENDEX 2) : causes endogènes somatiques, propres à l'enfant et seulement à lui. Dans la grande majorité des cas, il s'agit de causes neurologiques ou neurocognitives. Exemples : référence aux échelles psychométriques et bilans paramédicaux, à l'évaluation médicale d'une défaillance neurocognitive, etc.
- Exogène (ENDEX 3) : causes exogènes, du fait du milieu dans lequel évolue l'enfant. Exemples : références au contexte social, à l'histoire familiale, aux moyens

financiers, défaut de l'environnement scolaire (harcèlement, humiliations, etc.), à la société qui pousse à la réussite scolaire, aux perturbateurs endocriniens, etc.

- Cumulative (ENDEX 4) : multiplicité des causes évoquées, endogènes et exogènes. Exemples : « *difficultés dans les apprentissages, problèmes familiaux, harcèlement, problèmes de comportement...* », « *motifs personnels, sociaux, économiques, géographiques, éducatifs ou familiaux* ».

Attribution causale, variable réduite (ENDEX2)

Soit la réunion des causes endogènes d'une part et exogènes d'autre part

- ENDEX2 0 : aucune cause évoquée
- ENDEX endo : réunion d'ENDEX 1 et d'ENDEX 2 ; soit une attribution causale endogène
- ENDEX exo : réunion d'ENDEX 3 et d'ENDEX 4 ; soit une attribution causale exogène

Annexe 5.2. – Extrait du carnet d'observation

Nota bene : pour rendre lisible notre carnet, nous en avons supprimé certaines colonnes (année, source exacte, etc.)

Auteur	Termes	ENTREE	PSY	ENDEX	DEF
Association TDA/H France	TDA/H	1	0	2	2015 : création d' une branche de l' association TDA/H France dédiée à l' école. « Nature développementale », détail des symptômes et des aménagements possibles à l' école (« <i>Aide personnalisée</i> , <i>Accompagnement éducatif</i> , <i>Accompagnement personnalisé</i> »), accompagnements dans les démarches MDPH.
MEN	Enfants Intellectuellement Précoces	0	0	2	Circulaire 2007. La précocité intellectuelle peut engendrer des difficultés dès la maternelle, proposer des réponses adaptées et un suivi (vigilance des enseignants, évaluations régulières, implication des psy scolaires) ; 2. amélioration de l' information des enseignants et des parents ; 3. organisation de systèmes d' information , départemental ou académique (quantification et qualification du phénomène, recensement des réponses apportées), désignation d' une personne ressource ; 4. organisation d' une formation systématique des psychologues scolaires sur le dépistage des enfants intellectuellement précoces, l' accompagnement des familles, et les informations à apporter aux enseignants.

MEN	MEN	MEN
dys-, PAP	TSL, dispo CLIS, PPS	RASED, difficultés langage oral et écrit
1	1	0
0	0	0
0	2	0
<p>Loi 2013, création du PAP : Plan d'Accompagnement Personnalisé ; à destination des -dys ; notamment aux élèves pour qui le PPRE, Programme Personnalisé de Réussite Educative, ne suffit pas.</p> <p>Redoublement rendu « exceptionnel ».</p>	<p>Circulaire 2009. « CLIS 1 : classes destinées aux élèves dont la situation de handicap procède de troubles des fonctions cognitives ou mentales. En font partie les troubles envahissants du développement ainsi que les troubles spécifiques du langage et de la parole. » ;</p> <p>« CLIS 4 : classes destinées aux élèves en situation de handicap moteur dont font partie les troubles dyspraxiques, avec ou sans troubles associés, ainsi qu'aux situations de pluri-handicap. » ; « Le projet de la CLIS est élaboré et mis en œuvre par l'enseignant qui y est affecté. Il n'est pas conçu de façon autonome mais en articulant les objectifs visés par les projets personnalisés de scolarisation des élèves concernés entre eux et avec le projet d'école. Il constitue donc la mise en cohérence dans le temps et en termes de contenus de ces diverses composantes. » ENTREE1 car il s'agit de l'organisation des CLIS (même si destinées aux ESH).</p>	<p>Circulaire relative aux RASED 2002.</p> <p>Pour repérer des signes/bilanter « S' il est un domaine qui nécessite une attention plus particulière, c' est celui du langage oral et écrit dans la période des cycles I et II ; le repérage précoce de signes qui inquiètent, de difficultés qui persistent malgré des aides doit conduire les maîtres à solliciter les membres des RASED pour des actions complémentaires à la leur et, le cas échéant, pour des bilans plus précis et complets que ceux qui peuvent être faits en classe. » + mise en place projets pédagogiques individualisés avec les RASED : 1/aides spécialisées à dominante pédagogique ou 2/rééducative</p>

Raphaël Wagner	Neuropsychologue libérale
Phobie scolaire	Bilan neuro psychologique
0	0
0	0
4	2
<p>2016. « [...] l' association Cours singulier accueille des jeunes déscolarisés victimes de phobie scolaire. » ; « Parfois surdoués, d' autres fois perturbés par leur environnement familial ou tout simplement introvertis, des enfants se sentent exclus du monde scolaire. »</p> <p>« [...] avec 1 à 5 % d' élèves touchés sur plus de 12 millions, cette hanrise que l' on nomme phobie scolaire n' est pas si anodine. » « Ici, on s' adapte au rythme des élèves », explique Dominique Dureux, la directrice et fondatrice de Cours singulier. “ On se doit d' écouter les adolescents ”, dit-elle, en ajoutant</p>	<p>2021. Bilan neuropsychologique proposé pour explorer : Retard dans le développement de la parole ou du langage, du graphisme, de la motricité Problématiques attentionnelles et de concentration associées ou non à un comportement agité</p> <p>Suspicion de l' existence d' un haut potentiel/d' une précocité intellectuelle, Troubles spécifiques des apprentissages (ou troubles « dys »). Le bilan neuropsychologique a pour objectif de comprendre l' origine des difficultés présentées par l' enfant ou l' adolescent.</p> <p>Pour : comprendre le fonctionnement de l' enfant en identifiant ses points faibles et les forces sur lesquelles il est possible de s' appuyer pour l' aider au quotidien.</p> <p>Orienter le diagnostic et donner les éléments utiles au médecin qui le pose.</p> <p>Proposer si besoin des actions thérapeutiques cohérentes : remédiation cognitive, soutien/conseils, accompagnement parental, mise en place d' outils pour compenser les difficultés, orientation vers d' autres professionnels spécialisés (orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricienne, orthoptiste, médecin...)...</p> <p>Guider les projets scolaires en favorisant une meilleure prise en compte des troubles et des potentialités...</p>

<p>D. Marra <i>et al.</i></p> <p>Phobie scolaire</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>4</p> <p>1997 « En général, “ identifier ” une phobie scolaire chez un élève est assez facile. Par contre, il est important pour les intervenants en santé mentale d’ identifier le ou les trouble(s) psychiatrique(s) qui se manifeste(nt) par ce refus scolaire [...] pour mieux comprendre les mécanismes de ce refus scolaire, mieux en appréhender le pronostic [...] »/définissent la peur d’ échouer aux examens comme quelque chose qui peut « s’ organiser en phobie scolaire ou refus scolaire anxieux. »</p>	<p>Héloïse Lhéreté (rédac chef, Sciences Humaines)</p> <p>Enfant turbulent, angoissé, asocial, surdoux, timide, violent</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>2017 « <i>Enfant turbulent, angoissé, asocial, surdoux, timide, violent ; mauvaises notes ou sommeil perturbé : il existe mille raisons de s’ en remettre à un psy. Les familles en espèrent une aide, un diagnostic, quand elles n’ en attendent pas secrètement un pronostic. L’ école elle-même y envoie à tour de bras les élèves faibles ou récalcitrants, comme pour mieux se délester des (lourdes) attentes qui pèsent sur elle. Quels sont les comportements pathologiques et ceux qui ne le sont pas ? Ceux qui relèvent de la psychiatrie et de l’ éducation ? Où commence la souffrance psychique chez l’ enfant ? Quand et qui consulter ? Faut-il, dès le plus jeune âge, étiqueter et médicaliser les comportements atypiques ? » (p. 28)</i></p>	<p>Laelia Benoit</p> <p>Phobie scolaire</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>Emission radio France Inter, 2018. Question du journaliste/présentateur Mathieu Vidard : « <i>il est important de différencier la phobie scolaire d’ autres choses comme la rébellion adolescente, Laelia Benoit ?</i> » « <i>Tout à fait, classiquement on essaie de distinguer la phobie scolaire de l’ école buissonnière, alors du décrochage aussi. Le problème en pratique c’ est comment on fait cette distinction, est-ce qu’ on passe pas quand même à côté de certains jeunes qui vont mal, qui ont très peur de l’ école, mais qui parce qu’ ils avaient déjà des mauvais résultats avant, ou parce que leurs parents ne sont pas capables de s’ occuper d’ eux, de les emmener consulter et être aidés, on pourrait considérer qu’ ils décrochent, alors que ces jeunes ont vraiment très peur d’ aller en classe. » (19’-19’40’’)</i></p>
--	---	---

Olivier Revol	Marie-Christine MOUREN	Hélène Denis
Phobie scolaire	TDA/H	Refus scolaire anxieux
0	0	0
1	0	1
1	2	4
2016 « La phobie scolaire est une peur de la séparation , et elle peut être aussi une peur du regard des autres : c' est la phobie sociale. »	2013 « véritable problème de santé publique : la prévalence de la pathologie au niveau mondial atteint 5 % des enfants en âge scolaire . » « La situation des écoles varie suivant les enseignants : il manque encore d' un socle de formation commune et d' outils adaptés sur le terrain . Enfin, il reste un grand nombre d' enfants sous-diagnostiqués , qui ne parviendront jamais aux soins. »	2005 « [...] représente une proportion de plus en plus importante parmi les consultations des unités de pédopsychiatrie. Cette augmentation semble due à l' investissement croissant voire anxieux de la scolarité par les familles et l' esprit de compétition de plus en plus présent (Mouren-Siméoni et al., 1993). » « Ce trouble représente une constellation psychopathologique toujours complexe tant sur le plan individuel que familial. » « [...] se manifeste [...] par une détresse émotionnelle intense, avec somatisation [...] système nerveux autonome (céphalées, sueurs, vertiges...), les troubles gastro-intestinaux et les troubles musculaires (Bernstein et al., 1999). On peut aussi constater de véritables attaques de panique [...] Le patient peut verbaliser des peurs : peur des professeurs, peur du regard des camarades [...] Il met en place des stratégies d' évitement visant à se protéger de la situation anxiogène . »/complexité car dimension familiale. Conséquences : absentéisme qui peut entraîner « désocialisation, marginalisation, isolement social et affectif, dépression, décompensation [...] » Traitements = hospitalisation pr travail de séparation/parents ou HospàDomicile + approche pluridisciplinaire. Bilan par enseignant spé, puis classe particularisée, à tps partiel. Thérapie familiale + individuelle (axée sur anxiété séparation, ou affirmation de soi, etc.)

Christian Laval, sociologue	Alain Ehrenberg	DSM-V
Troubles dys, neuropédagogie, IRMf	Phobie scolaire (social)	Dyslexie/dyscalculie
1	0	0
0	0	0
3	3	2
<p>2018 L' approche neuropédagogique et par IRMf désocialise le rapport aux savoirs : ex de la dyscalculie (p. 36). Critique de la « science du cerveau » et de la « preuve scientifique » qui viennent masquer des inégalités sociales et ainsi empêcher qu' on reconnaisse l' importance de l' exposition ++ à la lecture pour les classes les plus populaires, par exemple (p. 43-45). Critique des neurosciences qui prétendent définir biologiquement les « outils intellectuels » voire même les pensées > science absolue et déshumanisante (« ce n' est pas moi qui apprends, c' est mon cerveau », p. 51).</p>	<p>2014 Une nouvelle morbidité, qui ne relève plus seulement du domaine particulier de la maladie mentale, mais de celui, général, de la vie sociale s' est instituée comme un enjeu majeur dans le travail, l' éducation et la famille : c' est une morbidité de nature sociale au sens où ces maux ont leur source dans les relations sociales (souffrance au travail, phobie scolaire, etc.).</p>	<p>1994 « Les compétences scolaires ou universitaires perturbées au-dessous du niveau escompté pour l' âge chronologique du sujet, et ce de manière quantifiable. Cela interfère de façon significative avec les performances scolaires, universitaires [...] » (p. 32) + les difficultés peuvent ne pas se manifester entièrement tant que les limites du sujet ne sont pas dépassées. Dyslexie (déficit de lecture 315.00/d' expression écrite 315.2) et dyscalculie (déficit de calcul 315.1) sont les deux codages diagnostiques possibles.</p>

Annexe 5.3. – Tri à plat

Tableau VIII – Répartition de la variable ENDEX

	Effectifs	%
Aucune	35	11,7 %
Relationnel	56	18,7 %
Somatique	145	48,3 %
Exogène	26	8,7 %
Cumulative	38	12,7 %
Total	300	100 %

Sur 300 énoncés, 56 (18,7 %) attribuent une cause endogène relationnelle au(x) diagnostic(s) scolaire(s) qu'ils évoquent

Annexe 5.4. – Tableaux correspondants aux radars

Tableau IX – Tri croisé des diagnostics scolaires et ENDEX (radar 1)

	HPI	RSA	TSLA	TDAH	Total
Aucune	8	9	17	4	38
Relationnel	11	44	9	7	71
Somatique	53	9	95	57	214
Exogène	9	9	8	11	37
Cumulative	6	23	15	15	59
Total	87	94	144	94	419

Sur les 144 énoncés mentionnant les troubles dys, 95 font référence à une cause endogène somatique.

Tableau X – Profils-lignes de la variable ENDEX en fonction de la catégorie diagnostique (radar 2)

	HPI	RSA	TSLA	TDAH	Total
Aucune	21,1 %	23,7 %	44,7 %	10,5 %	100,0 %
Relationnel	15,5 %	62,0 %	12,7 %	9,9 %	100,0 %
Somatique	24,8 %	4,2 %	44,4 %	26,6 %	100,0 %
Exogène	24,3 %	24,3 %	21,6 %	29,7 %	100,0 %
Cumulative	10,2 %	39,0 %	25,4 %	25,4 %	100,0 %

Pour l'ensemble des énoncés évoquant une cause endogène relationnelle, 62 % citent le refus scolaire anxieux.

Tableau XI – Profils-colonnes des catégories diagnostiques en fonction de la variable ENDEX (radar 3)

	HPI	RSA	TSLA	TDAH
Aucune	9,2 %	9,6 %	11,8 %	4,3 %
Relationnel	12,6 %	46,8 %	6,3 %	7,4 %
Somatique	60,9 %	9,6 %	66,0 %	60,6 %
Exogène	10,3 %	9,6 %	5,6 %	11,7 %
Cumulative	6,9 %	24,5 %	10,4 %	16,0 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Pour l'ensemble des énoncés citant le haut potentiel intellectuel, 10,3 % mentionnent une cause exogène.

Annexe 5.5. – Tableaux des Khi-deux

Tableau XII – Les causalités (ENDEX2) pour RSA différent-elles de celles des autres diagnostics ? (Khi-deux d'ajustement)

	ENDEX2 0	ENDEX2 endo	ENDEX2 exo	Total
RSA ni	9	35	20	64
RSA n'i	7,1	45,0	11,9	64
Contrib.	+6,55 %	-27,11 %	+66,34 %	
Autres ni	26	166	44	236

$$\chi^2 = 8,222 ; s. ; p = 0,016$$

Tableau XIII – Les entrées (ENTREE) pour TSLA différent-elles de celles des autres diagnostics ? (Khi-deux d'ajustement)

	ENTREE 0	ENTREE 1	Total
TSLA ni	44	23	67
TSLA n'i	55,5	11,5	67
Contrib.	-18,76 %	+90,54	
Autres ni	193	40	233

$$\chi^2 = 12,69 ; s. ; p. < 0,001$$

Tableau XIV – La référence à la psychologie (PSY) du diagnostic TSLA diffère-t-elle de celle attribuée aux autres diagnostics ? (Khi-deux d'ajustement)

	PSY 0	PSY 1	Total
TSLA ni	60	7	67
TSLA n'i	30,8	36,2	67
Contrib.	+55,98 %	-47,53 %	
Matrice ni	107	126	233

$$\chi^2 = 49,61 ; s. ; p. < 0.001$$

Tableau XV – Les entrées (ENTREE) pour le diagnostic RSA diffèrent-elles de celles attribuée aux autres diagnostics ? (Khi-deux d'ajustement)

	ENTREE 0	ENTREE 1	Total
RSA ni	59	5	64
RSA n'i	48,3	15,7	64
Contrib.	+27,04 %	-82,98 %	
Autres ni	178	58	236

$$\chi^2 = 8,819 ; s. ; p = 0,003$$

Tableau XVI – La référence à la psychologie (PSY) du diagnostic RSA diffère-t-elle de celle attribuée aux autres diagnostics (Khi-deux d’ajustement)

	PSY 0	PSY 1	Total
RSA ni	14	50	64
RSA n’i	41,5	22,5	64
Contrib.	-36,48 %	+67,25 %	
Autre ni	153	83	236

$$\chi^2 = 49,92 ; s. ; p. < 0.001$$

Annexe 5.6. – Contributions des points-lignes et des points-colonnes (AFC)

Tableau XVII – AFC : contributions des points-colonnes (%)

	F1	F2	F3
TSLA : 0	8,679	0,271	11,394
TSLA : 1	9,402	0,294	12,344
TDAH : 0	0,213	1,719	7,384
TDAH : 1	0,467	3,768	16,181
Aucune cause	25,198	5,086	0,006
Cause relationnelle	26,132	17,528	25,804
Cause somatique	12,254	5,849	1,205
Cause exogène	7,765	64,486	1,084
Plusieurs causes	9,891	1 000	24,598

Tableau XVIII – AFC : contributions des points-lignes (%)

	F1	F2	F3
Politiques	44,874	0,179	22,756
Universitaires	9,299	73,397	0,297
Pros santé	26,028	18,629	8,364
Journalistes	7,869	1,317	9,249
Pros éducation	1,654	2,390	59,317
Parents	10,275	4,087	0,017

Annexe 6 – Document du Plan d’Accompagnement Personnalisé (PAP)

 MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE	
--	--

Plan d’accompagnement personnalisé

Vu la loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 d’orientation et de programmation pour la refondation de l’école de la République

Vu le code de l’éducation et notamment ses articles L311-7 et D. 311-13

Nom et prénom(s) de l’élève :

Date de naissance :

Responsables légaux :

Adresse :

Besoins spécifiques de l’élève (à remplir par le médecin de l’éducation nationale)

- Points d’appui pour les apprentissages :

- Conséquences des troubles sur les apprentissages :

**Adaptations et aménagements à mettre en place en fonction des besoins de l'élève
MATERNELLE
Conduite de classe : liste des points d'attention**

Organisation spatiale, temporelle et matérielle

Veiller à la bonne installation de l'élève dans la classe en fonction des temps d'activités
Visibilité et clarté des affichages
Mise à disposition d'outils individuels et adaptés
Aides visuelles pour la gestion du temps

Aménagements mis en place :

PS :

MS :

GS :

Réalisation des tâches et aménagement des supports dans les différentes activités

Aider à la compréhension des consignes et des informations (reformulation, ...)
Décomposer les consignes et informations complexes (Utiliser de préférence des consignes simples)
Adapter et aménager les supports
Faciliter la préhension
Finaliser et faire évoluer le plan de travail et les aménagements avec l'enfant

Aménagements mis en place :

PS :

MS :

GS :

Aider l'élève dans la classe

Accepter des modes d'expressions spécifiques de l'élève (mots, gestes...)
Mettre en place des dispositifs de coopération entre élèves
Prendre en compte les contraintes associées : fatigue, lenteur, surcharge...(accepter de différer le travail)
Utiliser différents canaux dans les différentes activités (expression, psychomotricité ...)

Aménagements mis en place :

PS :

MS :

GS :

Adaptations et aménagements à mettre en place en fonction des besoins de l'élève

ELEMENTAIRE

L'ensemble des items n'est pas à renseigner. Seuls les items indispensables à l'élève sont à cocher

Adaptations transversales :	CP	CE1	CE2	CM1	CM2
Installer l'élève face au tableau					
Veiller à la lisibilité et à la clarté de l'affichage					
Utiliser un code couleur par matière					
Privilégier l'agenda au cahier de textes					
Vérifier que l'agenda soit lisiblement renseigné					
Agrandir les formats des supports écrits (A 3)					
Donner des supports de travail ou d'exercices déjà écrits (QCM par exemple)					
Fournir des photocopies pour privilégier l'apprentissage et le sens donné					
Surligner les énoncés ; surligner une ligne sur deux					
Proposer à l'élève des outils d'aide (cache, règle ...)					
Fournir à l'élève des moyens mnémotechniques					
S'assurer de la compréhension du vocabulaire spécifique					
Aider à la compréhension par une explicitation ou une reformulation de la part de l'enseignant					
Mettre en place un tutorat par l'intermédiaire d'un élève qui lit à voix haute les consignes					
Énoncer l'objectif de la séance et en faire une synthèse à la fin					
Proposer des activités qui pourront être achevées avec succès, qui valoriseront l'élève					
Autoriser l'utilisation d'une calculatrice simple (permettant les quatre opérations) dans toutes les disciplines					
Utilisation de l'informatique :					
Permettre l'utilisation de l'ordinateur et de la tablette					
Permettre l'utilisation d'une clef USB					
Permettre l'utilisation de logiciel ou d'application spécifique					
Permettre à l'élève d'imprimer ses productions					

Evaluations :	CP	CE1	CE2	CM1	CM2
Accorder un temps majoré					
Donner les consignes à l'oral					
Adapter la situation, les supports de l'évaluation de façon à limiter l'écrit : - proposer des QCM ; - proposer des schémas à légender ; - proposer des exercices à trous, à cocher, à relier					
Autoriser différents supports (tables de calcul, fiches chronologiques, fiches mémoire)					
Privilégier les évaluations sur le mode oral					
N'évaluer l'orthographe que si c'est l'objet de l'évaluation					
Ne pas pénaliser le soin, l'écriture, la réalisation de figures...					
Évaluer les progrès pour encourager les réussites					

Leçons :	CP	CE1	CE2	CM1	CM2
Proposer l'apprentissage des mots clés uniquement					
Fournir une fiche « mémoire » (dessins, symboles...)					

Lecture / langage oral :	CP	CE1	CE2	CM1	CM2
Recourir de manière privilégiée à des jeux proposant un travail de la conscience phonologique					
Accentuer le travail sur la combinatoire					
Avant même de lire le texte, lire les questions qui seront posées afin de faciliter la prise d'indices par l'élève					
Proposer à l'élève une lecture oralisée (enseignant ou autre élève) ou une écoute audio des textes supports de la séance					
Surligner des mots clés / passages importants pour faciliter la lecture de l'élève					
Proposer à l'élève un schéma chronologique du récit (l'amener à indiquer ce qu'il a retenu, paragraphe après paragraphe, à l'aide d'un schéma)					

Production d'écrits :	CP	CE1	CE2	CM1	CM2
Simplifier les règles en introduisant des indices visuels (pictogrammes, croquis en plus du texte)					
Adapter les quantités d'écrit (dictée à trous, à choix, ...)					
Privilégier l'apprentissage des mots en passant par l'oral (épeler, faire le geste dans l'espace) et non par la copie					
Limiter les exigences sur l'emploi de règles précises.					
Recourir à la dictée à l'enseignant					
Diminuer la quantité d'écrit sur chaque feuille					

Mathématiques :	CP	CE1	CE2	CM1	CM2
Autoriser l'utilisation des tables de multiplication (ou de la calculatrice) pendant les cours et les contrôles					
Privilégier la présentation des calculs en ligne					
Présenter les calculs en colonnes avec des repères de couleur (ex : colonne des unités en rouge, des dizaines en bleu et des centaines en vert)					
Admettre que la réponse ne soit pas rédigée si les calculs sont justes					
Ne pas sanctionner les tracés en géométrie					
Laisser compter sur les doigts					
Utiliser la manipulation (pliages, objets 3D...)					
Travailler sur les « qui...qui » (qui est perpendiculaire à...et qui passe...) et les syllogismes					
Colorier les différentes colonnes des tableaux à double entrée (en utilisant des couleurs différentes)					
Favoriser, autoriser la résolution des problèmes avec recours à la schématisation					

Pratique d'une langue vivante étrangère :	CP	CE1	CE2	CM1	CM2
Veiller à ce que la perception de départ soit correcte : prononcer le plus distinctement possible et pas trop vite, écrire clairement au tableau en gros caractères					
Travailler la prononciation des sons même exagérément					
Utiliser un enseignement multi sensoriel ; entendre, lire, voir (images), écrire.					
Grouper les mots par similitude orthographique/phonologique, faire des listes.					
Utiliser des couleurs pour segmenter les mots, les phrases					
Expliquer et traduire la grammaire, les tournures de phrases					

Autres aménagements et adaptations :	CP	CE1	CE2	CM1	CM2

Date : <input type="text"/>	Visa des parents :	Signature et tampon du directeur d'école :
Date : <input type="text"/>	Visa des parents :	Signature et tampon du directeur d'école :
Date : <input type="text"/>	Visa des parents :	Signature et tampon du directeur d'école :
Date : <input type="text"/>	Visa des parents :	Signature et tampon du directeur d'école :
Date : <input type="text"/>	Visa des parents :	Signature et tampon du directeur d'école :

BILAN DES AIDES APPORTEES AU PRIMAIRE :

- Aménagements n'ayant pas atteint les objectifs escomptés :

- Aménagements profitables :

ENTREE AU COLLEGE

Liaison Primaire-Collège

(à remplir par l'enseignant de l'école en lien avec un enseignant du collège) :

Adaptations et aménagements à mettre en place en fonction des besoins de l'élève

AU COLLEGE

(Les aménagements et adaptations mis en œuvre en cours d'année doivent être cohérents et compatibles avec les dispositions des articles D.351-27 à D.351-32 du code de l'éducation relatives aux aménagements des examens ou concours de l'enseignement scolaire et les dispositions du décret n°2005-1617 du 21 décembre 2005 relatives aux aménagements des examens ou concours de l'enseignement supérieur)

L'ensemble des items n'est pas à renseigner. Seuls les items indispensables à l'élève sont à cocher

Pour toutes les disciplines :	6 ^{ème}	5 ^{ème}	4 ^{ème}	3 ^{ème}
Proposer des supports écrits aérés et agrandis (exemple : ARIAL14)				
Permettre l'utilisation de trieurs ou de pochettes à rabats				
Limiter la copie (synthèse du cours photocopiée)				
Mettre en place un tutorat (prise de notes...)				
Autoriser les abréviations				
Privilégier l'agenda ainsi que l'espace numérique de travail (cahier de texte individuel, de groupe, de la classe)				
Utiliser le surligneur				
Faire construire une fiche mémoire et permettre à l'élève de l'utiliser, y compris durant l'évaluation				
Proposer une aide méthodologique				
Aider à l'organisation				
S'assurer de la compréhension du vocabulaire spécifique				
Définir systématiquement le vocabulaire spatial et temporel utilisé				
Prendre en compte les contraintes associées (fatigue, lenteur,...)				
Autoriser l'utilisation d'une calculatrice simple (permettant les quatre opérations) dans toutes les disciplines				
Utilisation de l'informatique :				
Permettre l'utilisation de l'ordinateur et de la tablette				
Permettre l'utilisation d'une clef USB				
Permettre l'utilisation de logiciel ou d'application spécifique				
Permettre à l'élève d'imprimer ses productions				

Evaluations :	6 ^{ème}	5 ^{ème}	4 ^{ème}	3 ^{ème}
Accorder un temps majoré				
Privilégier les évaluations sur le mode oral				
Diminuer le nombre d'exercices, de questions le cas échéant lorsque la mise en place du temps majoré n'apparaît pas possible ou pas souhaitable				
Limiter la quantité d'écrit (recours possible aux QCM, exercices à trous, schémas ...)				
Ne pas pénaliser les erreurs (orthographe grammaticale, d'usage) et le soin dans les travaux écrits.				
Ne pas pénaliser le manque de participation à l'oral (ou les difficultés)				

Devoirs :	6 ^{ème}	5 ^{ème}	4 ^{ème}	3 ^{ème}
Limiter le « par cœur », demander à ce que les notions clés uniquement soient retenues				
Donner moins d'exercices à faire				
Aider à la mise en place de méthodes de travail (systèmes d'organisation répétitifs, accompagnement personnalisé)				

Français :	6 ^{ème}	5 ^{ème}	4 ^{ème}	3 ^{ème}
Proposer des dictées aménagées (à trous, avec un choix parmi plusieurs propositions ...)				
Faciliter l'apprentissage des règles en proposant à l'élève des moyens mnémotechniques				
Favoriser, dans le choix des ouvrages, les livres ayant une version audio				
Faciliter la production d'écrit (autoriser un répertoire personnel, lui apprendre à utiliser les indicateurs de temps pour structurer le récit)				
Grouper les mots par similitude orthographique/phonologique, faire des listes, utiliser les couleurs pour segmenter les mots, les phrases				

Mathématiques:	6 ^{ème}	5 ^{ème}	4 ^{ème}	3 ^{ème}
Proposer à l'élève des fiches outils (tables, définitions, théorèmes...)				
Lorsque c'est interdit, autoriser l'utilisation d'une calculatrice simple (permettant les quatre opérations)				
Utiliser la schématisation en situation problème				
Langues vivantes :	6 ^{ème}	5 ^{ème}	4 ^{ème}	3 ^{ème}
Evaluer plutôt à l'oral				
Proposer à l'élève des supports visuels pour faciliter la compréhension				
Insister sur la prononciation et la distinction des nouveaux sons de la langue				
Grouper les mots par similitude orthographique/phonologique, faire des listes				
Histoire / géographie :	6 ^{ème}	5 ^{ème}	4 ^{ème}	3 ^{ème}
Utiliser les affiches et chronologies dans la salle				
Surligner les mots-clés ou nouveaux				
Autoriser la lecture de documents avec un guide de lecture ou un cache...				
Agrandir les cartes, mettre des couleurs				
Arts plastiques :	6 ^{ème}	5 ^{ème}	4 ^{ème}	3 ^{ème}
Privilégier les incitations orales, visuelles, sonores, théâtrales				
Utiliser et valoriser les compétences spatiales (réalisations en 3D)				
Education physique et sportive :	6 ^{ème}	5 ^{ème}	4 ^{ème}	3 ^{ème}
Adapter les activités (individuelles/collectives), leurs caractéristiques, leurs rythmes, les performances attendues				
Autoriser l'élève à dribbler à deux mains ou à faire des reprises de dribble (au basket par exemple)				
Faire varier les couleurs des maillots qui différencient nettement partenaires et adversaires dans les sports collectifs				
Doter d'un signe distinctif suffisamment net les joueurs tenant certains rôles dans les jeux collectifs				
Verbaliser ou faire verbaliser les éléments d'une tâche complexe à accomplir (enchaînement de mouvements), éviter au maximum les activités qui impliquent une double tâche et mobilisent l'attention de l'élève sur deux objets				
Autres aménagements et adaptations :	6 ^{ème}	5 ^{ème}	4 ^{ème}	3 ^{ème}

Date : <input type="text"/>	Visa des parents :	Signature et tampon du chef d'établissement :
Date : <input type="text"/>	Visa des parents :	Signature et tampon du chef d'établissement :
Date : <input type="text"/>	Visa des parents :	Signature et tampon du chef d'établissement :
Date : <input type="text"/>	Visa des parents :	Signature et tampon du chef d'établissement :

BILAN DES AIDES APPORTEES AU COLLEGE :

- Aménagements n'ayant pas atteint les objectifs escomptés :

- Aménagements profitables à l'élève :

ENTREE AU LYCEE

Liaison Collège-Lycée (à remplir par le Professeur Principal en lien avec un professeur du lycée) :

Adaptations et aménagements à mettre en œuvre en fonction des besoins de l'élève

AU LYCEE

(Les aménagements et adaptations mis en œuvre en cours d'année doivent être cohérents et compatibles avec les dispositions des articles D.351-27 à D.351-32 du code de l'éducation relatives aux aménagements des examens ou concours de l'enseignement scolaire et les dispositions du décret n°2005-1617 du 21 décembre 2005 relatives aux aménagements des examens ou concours de l'enseignement supérieur)

L'ensemble des items n'est pas à renseigner. Seuls les items indispensables à l'élève sont à cocher

Pour toutes les disciplines :	2 nd	1 ^{ere}	Tle
Proposer des supports écrits aérés et agrandis (par exemple ARIAL 14)			
Limiter la copie (synthèse du cours photocopié)			
Mettre en place un tutorat (prise de notes...)			
Aider à la mise en place de méthodes de travail, ne pas hésiter à avoir recours à des systèmes d'organisation répétitifs, utiliser des repères visuels de couleur par exemple.			
Faciliter l'apprentissage des règles en proposant à l'élève des moyens mnémotechniques			
Utiliser l'espace numérique de travail (cahier de texte individuel, de groupe, de la classe)			
Prendre en compte les contraintes associées (fatigue, lenteur,...)			
Autoriser l'utilisation d'une calculatrice simple (permettant les quatre opérations) dans toutes les disciplines			
Utilisation de l'informatique :			
Permettre l'utilisation de l'ordinateur et de la tablette			
Permettre l'utilisation d'une clef USB			
Permettre l'utilisation de logiciel ou d'application spécifique			
Permettre à l'élève d'imprimer ses productions			
Evaluations :	2 nd	1 ^{ere}	Tle
Ne pas pénaliser les erreurs (orthographe grammaticale, d'usage) et le soin dans les travaux écrits			
Accorder un temps majoré			
Diminuer le nombre d'exercices, de questions le cas échéant, lorsque la mise en place du temps majoré n'apparaît pas possible ou souhaitable			
Privilégier les évaluations sur le mode oral			
Ne pas pénaliser le manque de participation à l'oral (ou les difficultés)			
Devoirs :	2 nd	1 ^{ere}	Tle
Donner moins d'exercices à faire tout en maintenant le niveau d'exigence			
Aider à la mise en place de méthode de travail (apprendre à s'organiser, accompagnement personnalisé)			
Français :	2 nd	1 ^{ere}	Tle
Proposer l'utilisation de supports numériques			
Favoriser, dans le choix des ouvrages, les livres ayant une version audio			
Mathématiques :	2 nd	1 ^{ere}	Tle
Utiliser la schématisation en situation problème			
Proposer à l'élève des fiches outils (tables, définitions, théorèmes ...)			
Lorsque c'est interdit, autoriser l'utilisation d'une calculatrice simple (permettant les quatre opérations)			
Proposer l'utilisation de logiciels adaptés en géométrie			

Langues vivantes :	2nd	1^{ere}	Tle
Evaluer plutôt à l'oral			
Proposer des supports visuels (dessins, croquis, gestes, vidéos) pour faciliter la compréhension			
Grouper les mots par similitude orthographique/phonologique, faire des listes			

Histoire / géographie :	2nd	1^{ere}	Tle
Utiliser les supports chronologiques			
Définir systématiquement le vocabulaire spatial et temporel utilisé (vérifier la compréhension des termes les plus élémentaires)			
Surligner les mots-clés ou nouveaux			
Agrandir les cartes, mettre des couleurs			
Autoriser la lecture de document avec un guide de lecture, un cache			

Expression artistique :	2nd	1^{ere}	Tle
Privilégier les incitations orales, visuelles, sonores, théâtrales (ateliers de théâtre, musique)			
Proposer systématiquement des feuilles grand format			
Autoriser l'utilisation de logiciels de dessins sur ordinateur			

Education physique et sportive :	2nd	1^{ere}	Tle
Adapter les activités (individuelles/collectives), leurs caractéristiques, leurs rythmes, les performances attendues			
Autoriser l'élève à dribbler à deux mains ou à faire des reprises de dribble (au basket par exemple)			
Faire varier les couleurs des maillots qui différencient nettement partenaires et adversaires dans les sports collectifs			
Doter d'un signe distinctif suffisamment net les joueurs tenant certains rôles dans les jeux collectifs			
Verbaliser ou faire verbaliser les éléments d'une tâche complexe à accomplir (enchaînement de mouvements), éviter au maximum les activités qui impliquent une double tâche et mobilisent l'attention de l'élève sur deux objets			

Adaptations dans le cadre des champs professionnels :	2nd	1^{ere}	Tle

Autres aménagements et adaptations :	2nd	1^{ere}	Tle

Date : <input type="text"/>	Visa des parents :	Signature et tampon du chef d'établissement :
Date : <input type="text"/>	Visa des parents :	Signature et tampon du chef d'établissement :
Date : <input type="text"/>	Visa des parents :	Signature et tampon du chef d'établissement :

BILAN DES AIDES APPORTEES AU LYCEE :

- Aménagements n'ayant pas atteint les objectifs escomptés :

- Aménagements profitables à l'élève :

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	5
Sommaire	8
Avant-propos	13
Introduction générale	14
Chapitre 1. Le décrochage scolaire n'existe pas	19
1.1. « Il faut réduire le décrochage scolaire ».....	19
1.1.1. Le décrochage, objet de politiques publiques	19
1.1.2. Le décrochage est-il descriptible et quantifiable ?.....	28
1.1.3. Un objet porteur d'enjeux socioéconomiques.....	35
1.1.4. Synthèse	39
1.2. Le décrochage, « phénomène » hétérogène et insaisissable.....	40
1.2.1. Cadre méthodologique et description du terrain	40
1.2.2. Résultats des enquêtes exploratoires.....	47
1.2.3. Résultats de l'enquête par questionnaire.....	59
1.3. Conclusion et ouverture.....	65
Chapitre 2. Définitions et fragilités des diagnostics scolaires	69
2.1. Définitions et critères diagnostiques	70
2.1.1. Le refus scolaire anxieux	70
2.1.2. Les troubles spécifiques des apprentissages et le trouble développemental de la coordination	71
2.1.3. Le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH).....	74
2.1.4. Le haut potentiel intellectuel.....	76
2.1.5. Synthèse	77
2.2. Les discours scientifiques dominants	78

2.2.1. Le discours sur les troubles du neurodéveloppement	80
2.2.2. Le discours sur le haut potentiel intellectuel.....	85
2.2.3. Le discours sur le refus scolaire anxieux	89
2.2.4. Synthèse	93
2.3. Insuffisance et fragilités des catégories diagnostiques	93
2.3.1. Les prévalences et leur grande variabilité.....	94
2.3.2. Comorbidités et ressemblances des diagnostics.....	100
2.3.3. Les notions de plasticité cérébrale, d'épigénétique et d'environnement..	104
2.4. Synthèse générale	109
Chapitre 3. Les diagnostics scolaires comme problèmes de santé publique et objets des politiques publiques éducatives.....	111
3.1. Un problème de santé publique appelant les recommandations des autorités sanitaires.....	111
3.1.1. La construction des diagnostics scolaires comme problème de santé publique.....	112
3.1.2. Les recommandations de repérage précoce des troubles	118
3.1.3. Les recommandations de remédiations	125
3.1.4. Synthèse	128
3.2. L'établissement des diagnostics scolaires dans les textes officiels (ou l'école comme institution centrale de repérage et de remédiation)	129
3.2.1. Le paradigme de l'inclusion scolaire et de la réussite de tous les élèves.....	130
3.2.2. L'imposition des diagnostics scolaires dans les textes officiels et l'inflation des dispositifs individualisants	136
3.2.3. Entre besoins éducatifs particuliers et situations de handicap	141
3.2.4. Synthèse	144

3.3. L'amplification du repérage et des remédiations depuis la fin des années 2010.....	145
3.3.1. Le développement de la science au service de l'éducation.....	145
3.3.2. L'accélération du repérage au sein de l'école.....	151
3.4. Synthèse et discussion.....	154
Chapitre 4. Méthodologie : observation ethnographique et parole des acteurs.....	159
4.1. Problématisation et hypothèse de recherche.....	159
4.2. Enquête par entretien.....	161
4.3. Carnet d'observation ethnographique.....	164
Chapitre 5. Résultats de l'enquête par entretien.....	171
5.1. Hétérogénéité et positions des acteurs.....	171
5.1.1. Hétérogénéité des définitions.....	171
5.1.2. Hétérogénéité des usages et positions dans le champ.....	183
5.2. Effets des désignations.....	191
5.2.1. Les effets performatifs du discours médico-psychologique.....	192
5.2.2. Étiquetage et mise en conformité.....	196
5.3. Synthèse.....	203
Chapitre 6. Tentative d'objectivation des causes endogènes et du lien avec les positions des acteurs.	205
6.1. L'investissement des causes endogènes.....	205
6.1.1. L'attribution causale révélatrice d'hétérogénéité.....	205
6.1.2. La domination d'un discours endogène.....	210
6.2. Singularités des définitions et similitudes des diagnostics.....	220
6.2.1. Liaison avec les positions et Arrière-plans des acteurs.....	220
6.2.2. L'analogie structurelle des diagnostics scolaires.....	226
6.3. Synthèse.....	231

Chapitre 7. Sociodicée et changement de paradigme.....	233
7.1. Les effets de l’invisibilisation des dimensions sociale et collective	233
7.1.1. De nouvelles formes de sociodicée ?	234
7.1.2. Conversion des difficultés scolaires en diagnostics et postures fatalistes.....	246
7.1.3. Médicalisation des difficultés : vers un dessaisissement pédagogique.....	251
7.1.4. Synthèse	258
7.2. Les diagnostics scolaires, indices d’un changement de paradigme éducatif.....	260
7.2.1. Le rôle de l’école selon les acteurs enquêtés	260
7.2.2. Changement de paradigme éducatif.....	268
7.3. Synthèse et discussion	278
Conclusion générale.....	280
Bibliographie et références	289
Bibliographie	289
Références des textes officiels.....	316
Annexes.....	324
Annexe 1 – Carnet de recueil décrochage (extrait)	324
Annexe 2 – Entretiens décrochage	329
Annexe 2.1. – Guide d’entretien exploratoire	329
Annexe 2.2. – Dictionnaire des variables	329
Annexe 3 – Questionnaire décrochage	331
Annexe 3.1. – Questionnaire	331
Annexe 3.2. – Tableaux	334
Annexe 4 – Entretiens diagnostics scolaires.....	336
Annexe 4.1. – Dictionnaire des variables	336

Annexe 4.2. – Présentation des enquêtés.....	339
Annexe 4.3. – Tableau des khi-deux	344
Annexe 4.4. – Rôle de l'école selon les 46 enquêtés : repérage et remédiation, formation, liens entre école et professionnels de santé.....	345
Annexe 5 – Carnet d'observation ethnographique	346
Annexe 5.1. – Dictionnaire des variables	346
Annexe 5.2. – Extrait du carnet d'observation	349
Annexe 5.3. – Tri à plat	355
Annexe 5.4. – Tableaux correspondants aux radars	355
Annexe 5.5. – Tableaux des Khi-deux	356
Annexe 5.6. – Contributions des points-lignes et des points-colonnes (AFC)	358
Annexe 6 – Document du Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP)	359
Table des matières	371
Index des tableaux et figures	376
Table des sigles et abréviations.....	378
Résumé et mots-clés.....	Erreur ! Signet non défini.

INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 — Répartition des individus selon leur structure d'exercice	46
Tableau 2 — Répartition de l'investissement des six catégories de décrochage dans les 93 énoncés.....	48
Tableau 3 — Catégories de décrochage selon les contenus d'entretien	49
Tableau 4 — Tri croisé de l'intérêt des répondants pour le décrochage et de leur implication dans une action de lutte contre.....	60
Tableau 5 — Tri à plat des termes de définition principaux	62
Tableau 6 — Tri à plat des termes donnés comme raisons du décrochage	63
Tableau 7 — Signes d'alerte pour le médecin de premier recours pour les difficultés d'apprentissage du langage écrit.....	121
Tableau 8 — Répartition du statut des enquêtés par entretien	163
Tableau 9 — Valeurs tests des modalités (ACM entretiens).....	185
Tableau 10 — Repérage et remédiation aux troubles (Khi-deux d'indépendance).....	191
Tableau 11 — Fréquence des catégories diagnostiques mentionnées seules ou associées entre elles	206
Tableau 12 — Répartition de la variable ENDEX2	211
Tableau 13 — Répartition des énoncés mentionnant une seule catégorie diagnostique ...	212
Tableau 14 — Profils-lignes des catégories diagnostiques selon l'attribution causale (ENDEX) (n=214)	212
Tableau 15 — Profils-lignes des catégories diagnostiques selon l'attribution causale (ENDEX2) (n=214)	214
Tableau 16 — Le type de causalité pour TSLA est-il ajusté à celui des autres diagnostics ? Khi-deux d'ajustement.....	215
Tableau 17 — Le type de causalité pour RSA est-il analogue à celui des autres diagnostics (Khi-deux d'ajustement)	216
Tableau 18 — Profils-lignes des statuts des auteurs selon les attributions causales	220
Tableau 19 — Profils-lignes des attributions causales selon les statuts des auteurs	222
Tableau 20 — Similitudes entre les catégories diagnostiques.....	229

Figure 1 — Taux de réussite au Diplôme d'État Infirmier (DEI) de 2007 à 2015 en France (DREES)	42
Figure 2 — Taux d'étudiants reçus au Diplôme d'État infirmier de 1993 à 2017 dans l'IFSI A (Région Nouvelle-Aquitaine).....	43
Figure 3 — Analyse des composantes multiples : la définition du décrochage par les enseignants (ACM)	64
Figure 4 — Répartition du statut des auteurs (carnet d'observation).....	166
Figure 5 — Répartition des attributions causales (ENDEX, carnet d'observation)	170
Figure 6 — Analyse des correspondances multiples (entretiens).....	185
Figure 7 — Radar en valeurs brutes	207
Figure 8 — Radar des profils-lignes.....	208
Figure 9 — Radar des profils-colonnes	209
Figure 10 — Répartition des attributions causales rassemblées (ENDEX2).....	211
Figure 11 — Analyse factorielle des correspondances (carnet d'observation ethnographique)	223
Figure 12 — Arbre des similarités des quatre catégories diagnostiques	227

TABLE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AESH : accompagnant des élèves en situation de handicap

Apadhe : accompagnement pédagogique à domicile à l'hôpital ou à l'école

ASH : adaptation et scolarisation des élèves handicapés

CMPEA : centre médico-psychologique pour enfants et adolescents

CMPP : centre médico-psycho-pédagogique

GEVA-sco : guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation

GIS : groupement d'intérêt scientifique

GPDS : groupe de prévention du décrochage scolaire

HPI : haut potentiel intellectuel

IEN : inspecteur de l'Éducation nationale

IRMf : imagerie par résonance magnétique fonctionnelle

ITEP : institut thérapeutique éducatif et pédagogique

PAI : projet d'accueil individualisé

PAP : plan d'accompagnement personnalisé

PCO : plateforme de coordination et d'orientation

PIAL : pôles inclusifs d'accompagnement localisés

PPRE : programme personnalisé de réussite éducative

PPS : projet personnalisé de scolarisation

RASED : réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté

REP/REP+ : réseau d'éducation prioritaire/renforcé

SAPAD : service d'assistance pédagogique à domicile

SEGPA : section d'enseignement général et professionnel adapté

SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile

TDAH : trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

TDC : trouble développemental de la coordination

TND : troubles neurodéveloppementaux, ou troubles du neurodéveloppement

ULIS : unité localisée pour l'inclusion scolaire

WISC : *Wechsler intelligence scale for children* (test de QI pour les enfants et adolescents)

Titre : Les « diagnostics scolaires » : symptôme d'un changement de paradigme éducatif ? Variété des jeux de langage, idéologies noosphériennes et enjeux des politiques éducatives

Résumé : Depuis les années 2000, nous assistons au plein essor de catégories médicalisées, désignant les élèves en difficulté voire en échec scolaires (troubles dys, trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, phobie scolaire, etc.). La préoccupation sociale se manifeste par des mesures prises par les pouvoirs publics, visant l'inclusion scolaire de ces élèves ainsi qu'un repérage précoce des troubles afin d'aménager la scolarité en conséquence. Ces mesures et dispositifs contribuent-ils à plus d'égalité ou, au contraire, à accroître les inégalités (Roiné, 2009) ? Cette recherche propose d'interroger ces nouvelles catégories de marges scolaires, en révélant l'hétérogénéité des représentations qu'elles recouvrent chez les acteurs, mais aussi les enjeux politiques qui leur sont sous-jacents. Nos analyses invitent à avancer l'idée d'un changement de paradigme éducatif, qui marquerait le passage du principe républicain d'une égalité de moyens fournis par l'État à un principe libéral centré sur les individus, associé à une individualisation grandissante des parcours scolaires.

Mots-clés : changement de paradigme, diagnostics scolaires, besoins éducatifs particuliers, troubles des apprentissages, inclusion scolaire, échec scolaire

Title : « School-based diagnosis » : some educational paradigm shift symptom ? Variety of language games, noospherian ideologies and challenges of the educational policies

Abstract : Since the 2000s, there is a surge in medical categories related to students facing difficulties or even school failure (learning disorders, attention deficit hyperactivity disorder, school phobia, etc.). Societal concerns regarding those topics has led governments to enact laws in order to facilitate these students' school inclusion and encourage early detection in order to adapt their education. Are these measures and dispositions furthering equality or worsening it instead (Roiné, 2009) ? This article is putting into perspective these new categories of school margins by shedding light on the heterogeneous character of the "realities" encompassed. And also, the linked challenges of educational policies. Our analysis is underlining an educational paradigm shift, drifting from the republican principle of state delivered equal means to a liberal principle based on individuals, leading to an increasingly personally tailored educational cursus.

Keywords : paradigm shift, school-based diagnosis, special education needs, learning disorders, school inclusion, school failure

Laboratoire Cultures et Diffusion des Savoirs (CeDS) Univ. Bordeaux, CeDS, UR

7440, F-33600 Pessac, France